7

263

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 13 mars 1901, à 1 heure

PAR

Étienne BESSON

Ancien externe des Hôpitaux
Ancien interne de l'Hôpital Saint-Joseph (Paris)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER DE L'OMBILIC

Président : M. TILLAUX, *Professeur.*

Juges : MM. BRISSAUD, *Professeur.*
RÉMY, *Agrégé.*
MÉRY, *Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS
(EN FACE LA FACULTÉ DE MÉDECINE)

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 13 mars 1901, à 1 heure

PAR

Étienne BESSON

Ancien externe des Hôpitaux
Ancien interne de l'Hôpital Saint-Joseph (Paris)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER DE L'OMBILIC

Président : M. TILLAUX, *Professeur.*

Juges : MM. BRISSAUD, *Professeur.*
RÉMY, *Agrégé*
MÉRY, *Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS
(EN FACE LA FACULTÉ DE MÉDECINE)

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.....
Pathologie comparée et expérimentale	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	DEBOVE. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses	RAYMOND TERRIER.
Clinique chirurgicale	DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA TOURETTE.	MENÉTRIER.	VARNIER.
BROCA Auguste.	HARTMANN.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER
CHARRIN.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.
DELBET.	LEJARS.	THIERY.	
DESGREZ.			

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

263

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A qui j'ai demandé tant d'efforts et de si réels sacrifices ; en témoignage de filiale gratitude.

A MON FRERE A MA SŒUR

dont l'affection m'a si puissamment soutenu.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien de l'hôpital de la Charité
Professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de Paris
Membre de l'Académie de Médecine.
Commandeur de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Au moment d'entrer dans la vie médicale, le souvenir nous vient de ceux qui nous ont préparé à ses difficultés par leurs exemples et leurs conseils. Nos études, commencées à Lyon, nous firent élève de MM. les Professeurs Bondet, Poncet, Lépine, de M. A. Pollosson, chirurgien des hôpitaux de Lyon.

M. le docteur Walther, suppléant alors M. le Professeur Tillaux à la Charité, fut notre premier maître à Paris. Le souvenir nous est précieux, aussi bien de l'affabilité avec laquelle il nous accueillit toujours, que de ses enseignements chirurgicaux dans un service d'une singulière activité.

Dans le même hôpital, nous eûmes l'honneur d'être l'externe de M. le Professeur Tillaux. Nous ne pouvions souhaiter un maître de plus de conscience. Ses leçons cliniques, toutes de rigoureuse méthode et d'extrême clarté, précisées encore dans notre esprit par maint détail de la vie quotidienne du service, nous guideront dans les difficultés de la pratique. En présidant aujour-

d'hui notre thèse, M, le Professeur Tillaux nous donne un nouveau témoignage de bienveillance dont nous sentons tout le prix.

Auprès de M. le docteur Lacombe, médecin de l'hôpital Beaujon, nous eûmes le loisir de faire de bonne clinique médicale sous le contrôle toujours attentif de sa critique familière. Nous ne saurions oublier d'ailleurs le réel intérêt qu'il nous portait et dont nous avons eu la preuve efficace.

Nos années d'Internat à l'hôpital Saint-Joseph nous ont créé une nouvelle dette de reconnaissance. M. le docteur Henri Leroux a bien voulu nous accepter comme interne dans son service des enfants. Il nous est agréable de reconnaître que nous avons beaucoup appris auprès de lui. Nous ne saurions mieux le remercier.

Le temps que nous avons passé dans le service de M. le docteur Mérigot de Treigny nous laisse le regret de n'avoir pu profiter aussi longtemps que nous l'aurions voulu et de ses conseils expérimentés et de son affabilité constante.

A M. le docteur Meslay, chef du laboratoire de l'hôpital Saint-Joseph, qui mit tant d'obligeance à nous conseiller, particulièrement dans la préparation de ce travail appuyé sur ses examens histologiques, nous adressons ici nos meilleurs remerciements. Nous n'oublierons pas non plus la bienveillance dont nous a entouré M. le docteur Tison et qui nous a créé des obligations spéciales à son égard.

M. le docteur Le Bec, dont le service de chirurgie nous fut toujours ouvert, a droit à nos remerciements

particuliers. Nous lui devons en effet l'observation inédite qui a été l'occasion de ce travail.

Nous sommes heureux encore de remercier ici M. le docteur Monnier. La période que nous avons passée dans son service de chirurgie infantile nous aura été particulièrement profitable.

Enfin, M. le docteur Genouville a bien voulu nous enseigner la pratique si importante des affections des voies urinaires. Nous lui en sommes bien reconnaissant.

HISTORIQUE

L'histoire scientifique du cancer de l'ombilic est tout entière de ces dernières années.

Il ne s'attache, en effet, qu'un intérêt de curiosité aux notions très imprécises contenues dans les œuvres de *Celse*, de même qu'à ce passage si souvent rappelé où *Socrate*, parlant des affections de l'ombilic, signale l'existence possible en cette région, d'une *chair tantôt saine, tantôt carcinomateuse.* Il faut arriver au XVIIIe siècle pour trouver dans les œuvres de *Fabrice de Hilden* la relation d'un cas plus que discutable d'ailleurs. On cite ensuite la note publiée en 1756 par *Civadier* dans le « Journal de médecine de Bruxelles », puis l'article de *Bérard* dans le « Dictionnaire en trente volumes ».

Le cancer de l'ombilic est-il rare à ce point que ces trois cas totalisent l'observation de tant de siècles ? Non, certainement. L'indigence bibliographique de cette longue période s'explique plus vraisemblablement si l'on admet que les observations ont dû être négligées tant que, dans l'esprit des auteurs, le cancer de l'om-

bilic n'a représenté qu'une localisation rare, mais banale, sans signification particulière, de la maladie cancéreuse.

A partir de 1860 seulement, se révèle et se précise après des examens cadavériques répétés, la notion du cancer de l'ombilic *secondaire* à une dégénérescence cancéreuse viscérale. *Storer*, dans une carcinose généralisée, *Wulchow* dans un cancer de l'estomac et du foie, *Küster* au cours d'un cancer de l'ovaire, *Auger* dans un cancer de l'estomac, *Mac Münn* dans un cancer du péritoine signalent l'envahissement de l'ombilic par des nodules cancéreux. A ces faits rassemblés dans la thèse de *Villar* s'ajoutent ceux de *Liveing* et de *Guéneau de Mussy* retrouvés par *MM. Quénu et Longuet*. Il faut ajouter encore le cas rapporté par *M. Monod* à la Société anatomique en 1875 et celui de *Cooper Forster* (1873-1874) que nos recherches bibliographiques nous ont permis de découvrir.

Catteau, ayant observé plusieurs cas, écrit dans sa thèse : « Toutes les fois qu'il existera une ulcération « ombilicale, il faudra songer à la péritonite cancé- « reuse ». Et *Lorain* donne à cette série d'observations une conclusion scientifique en comparant l'ombilic à un ganglion lymphatique et en écrivant le mot d'adénopathie ombilicale.

Parallèlement, mais dans de moindres proportions, s'augmentait la liste des cancers primitifs. A la communication de *Hue et Jacquin* publiée dans l'*Union médicale* en 1868, s'ajoutaient celles de *Demarquay*, *Dolbeau*, *Richet*.

L'attention restait d'ailleurs conquise à l'étude du

cancer secondaire. A deux reprises, *Damaschino* diagnostique un cancer viscéral en s'appuyant sur l'existence d'un nodule ombilical. Surviennent ensuite les faits de *Chuquet,* de *de Gennes*, de *Bergeat*, de *Broussolle* auxquels il faut joindre ceux de *Cannuet,* de *Nicaise*, de *Vauthier* dont la valeur est différente.

Et *Damaschino*, dans un travail resté inédit, mais dont *Villar* donnait les conclusions dans la « Gazette des Hôpitaux » en 1890, énonçait clairement quelle valeur diagnostique et pronostique possède le cancer secondaire de l'ombilic.

Avec l'apparition des méthodes antiseptiques, les chirurgiens, plus audacieux, se préoccupent de plus en plus d'établir la signification de la néoplasie ombilicale. *MM. Périer*, *Delens* ont successivement affaire à des cas secondaires. M. le professeur *Tillaux* diagnostique et opère deux cas qu'il tient pour primitifs et qui sont publiés dans la thèse de *Bonvoisin*, l'un des très rares travaux consacrés au cancer primitif de l'ombilic. La bibliographie du cancer secondaire s'augmente rapidement ensuite des faits de *Fischer* (de Breslau), de *Von Bergmann*, *Morris* (trois cas), *Heurtaux*, *Hanot*, *Neveu*, *Demons, Hutchinson*, *Verchère.* En 1896, dans la Revue de Chirurgie, *MM. Quénu et Longuet* résument avec précision l'histoire du cancer secondaire en donnant la liste complète des cas connus. Nous ne trouvons ensuite que la thèse de *Valette* en 1898, avec quatre nouveaux faits de cancer secondaire.

Nous rappellerons au cours de ce travail une observation de cancer primitif due à Gross (de Nancy), publiée

en 1898. Nous discuterons enfin un cas inédit dont la relation recueillie à l'Hôpital Saint-Joseph dans le service de M. le Docteur Le Bec, nous a été confiée par M. le Docteur Meslay qui a bien voulu faire pour nous l'examen histologique de la tumeur.

Observations de Cancer secondaire de l'ombilic.

1. Storer. — Femme, 40 ans. Diagnostic : Cancer viscéral généralisé. Autopsie : Carcinose de l'intestin, du foie, de l'utérus et des ovaires, du péritoine.

2. Wulchow (de Pirna). — Homme, 33 ans. D. : Cancer de l'estomac et du foie. Aut. : cancer du pylore.

3. E. Kuster. — Femme, 57 ans. D. : tumeur maligne de l'ovaire, ascite. Aut. : tumeur des deux ovaires et du sternum.

4. G. Auger. — Femme, 49 ans. D. : tumeur abdominale et fistule gastro-abdominale. Aut. : cancer du pylore.

5. Liveing.— Femme, hématémèses. D. : cancer de l'estomac. Aut. : cancer du péritoine.

6. Lorain et Catteau (Cas n° 1). — Femme, âge inconnu. D. : C. de l'utérus, ganglions inguinaux. Aut. : cancer de l'utérus, nodules sous-péritonéaux.

7. D'Heilly et Catteau. (Cas n° 2). — Femme, 60 ans, D. : masse indurée au niveau du foie et de l'hypochondre gauche. Aut. : noyaux intestinaux, nodules sur presque tout le ligament suspenseur.

8. D'Heilly et Catteau (Cas n° 3). — Femme, 70 ans.

D. : cancer du péritoine, masse indurée volumineuse du côté gauche. Pas d'autopsie.

9. Mac Münn. — Femme, 63 ans, D. : ganglions inguinaux à gauche. Aut. : cancer du péritoine et de l'épiploon. Nodules dans la rate.

10. Noel Guéneau de Mussy. — Sexe et âge non indiqués. Un disque aplati et dur du volume d'une amande se substitua à une hernie ombilicale directe facilement réductible jusqu'alors. Aut. : tumeur pelvienne encéphaloïde (utérus et annexes) et cancer péritonéal consécutif.

11. E. Monod. — Femme, 67 ans, cachectique, avec une fistule cancéreuse épigastrique. Aut. : cancer du pylore, masse unissant le foie, le duodénum et le colon transverse.

12. Vauthier. — Homme, 58 ans ; tumeur cancéreuse de la région épigastrique et de l'ombilic. Aut. : cancer du pylore.

13. Damaschino et Michaux (N° 1). — Femme, 53 ans. D. : cancer de l'intestin. Aut. : cancer du colon transverse, propagation à l'épiploon ; noyaux péritonéaux et hépatiques. Traînées blanchâtres sous-péritonéales le long des vaisseaux.

14. Damaschino et Michaux (N° 2). — Femme, 50 ans. D. : cancer du cardia avec hématémèses. Aut. : cancer du cardia et de la face postérieure de l'estomac. Péritonite cancéreuse. Nodules le long du ligament suspenseur se prolongeant jusqu'à la masse qui occupe l'estomac et l'épiploon.

15. Chuquet (Cas n° 1). — Homme, 73 ans. L'autopsie montra un cancer du pylore accompagné de péritonite cancéreuse.

16. Chuquet (Cas n° 2). — Femme, 59 ans. On trouva un carcinome kystique des ligaments larges avec péritonite cancéreuse consécutive. Nodules le long de l'ouraque et des artères ombilicales.

17. De Gennes. — Femme, 55 ans. Aut. : cancer de l'intestin et de l'épiploon.

18. Bergeat. — Femme, 61 ans. D. : tumeur à droite de l'ombilic. Ganglions inguinaux. Aut. : rien à l'estomac.

19. Brossard. — Homme, 63 ans. Aut. : cancer du pylore.

20. Broussolle. — Homme, âge (?) A l'autopsie : cancer du pylore avec nodules intra-hépatiques.

21. Cannuet. — Homme. D. : cancer du foie ; épiploon hernié cancéreux. Pas d'autopsie.

22. Nicaise. — Femme, 66 ans. D. : cancer de l'utérus et des annexes. Epiplocèle ombilicale cancéreuse. Vérifié à l'autopsie.

23. Périer et Largeau. — Homme 44 ans, présentant une tumeur ombilicale, se prolongeant dans la profondeur accompagnée de vomissements abondants. On refuse toute opération malgré l'insistance du malade. Autopsie : cancer de l'estomac (région pylorique). Propagation par le ligament suspenseur.

24. Delens. — Femme 63 ans. D : tumeur abdominale. Omphalectomie. Pas d'autopsie.

25. Von Bergmann. — Femme ayant présenté des troubles digestifs. Omphalectomie. L'examen histologique montra un épithéliome cylindrique secondaire à une tumeur de l'abdomen.

26. Von Bergmann. — Femme. Omphalectomie. Aut : cancer de l'estomac (pylore) et propagation au foie.

27. Fischer. — Sexe et âge (?). On diagnostique une tumeur abdominale. Omphalectomie suivie de la résection d'un segment de l'intestin et de l'estomac.

28. Morris (n° 1). — Femme 70 ans. Néoplasme de l'ombilic secondaire à un cancer du pylore. Pas d'autopsie.

29. Morris (nº 2). — Homme 54 ans. En pratiquant l'omphalectomie pour la tumeur du nombril, on découvrit un cancer colloïde de l'épiploon. L'examen histologique montra qu'il s'agissait *d'adéno-carcinome* et que des restes du canal omphalo-mésentérique avaient persisté (1).

30. Morris (nº 3). — Homme de 68 ans. Cancer de l'ombilic et cancer du foie. Pas d'examen microscopique.

31. Morris (nº 4). — Femme 67 ans souffrant d'un sarcome supposé de l'utérus. L'affection qui avait gagné le sac herniaire ombilical s'était propagée à l'ombilic. Après l'omphalectomie, l'examen histologique montra la persistance de restes du canal omphalo-mésentérique. La tumeur était constituée par du sarcome alvéolaire à grandes cellules rondes.

32. Heurtaux et Neveu (nº 2). — Femme 53 ans. Omphalectomie. Aut : cancer de la petite courbure de l'estomac. L'examen révèle un épithéliome cylindrique.

33. Heurtaux et Neveu (nº 1). — Femme 51 ans. Cancer présumé du gros intestin. Aut : Cancer du méso-rectum et du colon. Noyaux sous-péritonéaux péri-ombilicaux. Ganglions rétro-sternaux.

34. Surmay. — Cancer secondaire para-ombilical.

35. Mirallié. — Femme. Cancer de l'estomac (pylore). Tumeur pré-thoracique.

36. Hanot. — Homme. Cancer abdominal ; noyaux convergeant vers l'ombilic.

37. Demons.—Femme atteinte de tumeur de l'ovaire. Omphalectomie qui montre que le colon est atteint ainsi que l'ovaire.

(1) Il est regrettable que cette observation de Morris soit très incomplète. Il eût été de tout intérêt de savoir dans quelle mesure l'épiploon était pris, et quels étaient exactement ses rapports avec le néoplasme ombilical. L'insuffisance des renseignements nous empêche de discuter ce cas.

38. Villar. — Homme. Noyau ombilical secondaire à un cancer latent de l'estomac.

39. Hutchinson. — Femme 50 ans. Omphalectomie. Aut : cancer du foie.

40. Hutchinson. — Néoplasme du foie. Dissémination par les ganglions lymphatiques. Ganglions inguinaux.

41. Hutchinson. — Néoplasme du foie.

42. Demons. — Carcinose de l'abdomen.

43. Demons. — Tumeur ombilicale.

44. Demons. — Tumeur ombilicale.

45. Verchère. — Femme 54 ans. La laparotomie exploratrice montre une carcinose péritonéale généralisée.

46. Quénu et Longuet. — Femme, 50 ans. Troubles digestifs. Omphalectomie. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un épithélioma cylindrique probablement secondaire à un cancer de l'estomac ou de l'intestin.

Les quatre faits suivants ont été publiés par Valette en 1898 :

47. Legueu. — Femme de 61 ans. D. : cancer ombilical primitif. Omphalectomie. Aut. : cancer de la paroi postérieure de l'estomac. Nodules péritonéaux. Epithéliome cylindrique.

48. Lage. — Homme, 50 ans. Pas de diagnostic. Cancer du colon descendant ; noyaux rectaux, ganglions mésentériques.

49. Aslanian. — Femme, 35 ans. Omphalectomie. Récidive. Autopsie : cancer des ovaires et des trompes. Noyaux épiploïques, péritonéaux, mésentériques, hépatiques, etc. Cancer alvéolaire.

50. Besançon. — A l'autopsie d'une femme de 62 ans, on

trouve un cancer de l'ombilic secondaire à une carcinose abdominale. Epithéliome cylindrique.

Voici maintenant les observations que nous avons pu retrouver :

51. Cooper Forster. — Cancer de l'épiploon et de l'ombilic simulant une hernie. Femme de 66 ans. Tumeur de l'ombilic semblant adhérer à une tumeur abdominale profonde. Aut. : cancer du péritoine et dégénérescence d'une épiplocèle ombilicale.

52. Wickam Legg. — Homme, 54 ans. Crises hépatiques douloureuses. Induration ombilicale. Cordon lymphangitique sous-cutané, allant du nombril au pubis. Aut. : infiltration néoplasique de l'estomac, du cardia au pylore. Adhérences au foie. Noyaux blanchâtres le long de la ligne blanche.

53. P. Renaut (1). — Homme, 54 ans. Fistule ombilicale. Aut. : cancer de l'estomac propagé au colon transverse.

54. Feulard. — Femme, 26 ans. D. : péritonite tuberculeuse chronique. Fistule ombilicale. Cancer de l'estomac ayant végété jusqu'à l'ombilic. La paroi stomacale n'était pas perforée.

55. Balluf. — Femme, 32 ans. Fistule ombilicale. Cancer probable de l'estomac. Pas d'autopsie.

56. Hannay. — Homme, 50 ans, présentant depuis six mois. à l'ombilic une tumeur recouverte d'une mince croûte. Pas d'adhérences profondes ; pas d'adénopathies suspectes à l'aine ou à l'aisselle. Quelques hémorrhagies. Douleurs lancinantes dans la région hépatique, propagées à l'épaule droite, mais pas de tumeur appréciable du côté du foie. Les douleurs, excessivement accentuées du côté de l'ombilic et dans le pelvis, ont duré

(1) Les trois faits de Renaut, Feulard et Balluf, sont très exactement comparables à celui de Auger.

trois mois. A la mort, l'affaiblissement et l'amaigrissement étaient extrêmes.

Aucune autre affection ne fut constatée. Pas d'autopsie.

Nous devons à notre excellent collègue Berruyer, interne à l'hôpital Saint-Joseph, le fait suivant qu'il a tout récemment observé :

57. G. Berruyer. — Une femme de 65 ans s'est présentée à la consultation de M. Le Bec, à l'hôpital Saint-Joseph, avec une tumeur ombilicale du volume d'un petit œuf survenue depuis plusieurs mois. La peau, saine, était adhérente à la tumeur qui, elle-même, mobile avec la paroi abdominale, lui était intimement fixée. Pas de ganglions inguinaux. Pas de pédicule profond, pas de tumeur abdominale appréciable. La malade encore adipeuse dit avoir beaucoup maigri. Inappétence. Pas d'hématémèses; pas de mélœna. Cependant, les troubles digestifs, assez accentués, font penser à une néoplasie gastrique. La malade n'a pu être revue.

Etiologie et symptomatologie du cancer secondaire de l'ombilic.

La plupart des auteurs se sont efforcés de chercher au cancer secondaire de l'ombilic une physionomie clinique propre. La lecture des observations rend sceptique sur la valeur d'une tentative de ce genre. Aussi préférons-nous, en résumant ici les cas qui nous semblent forcer l'attention, donner idée de la variabilité des symptômes notés, et des difficultés qui attendent le diagnostic.

Il y a peu à dire sur l'étiologie du cancer secondaire de l'ombilic. C'est une affection rare en soi, si l'on songe au grand nombre des cancers viscéraux, et bien qu'elle constitue la plus fréquente des tumeurs malignes de l'ombilic.

L'âge offre peu d'intérêt. Les malades les plus jeunes avaient 26 ans (Feulard), 32 ans (Balluf). Les plus âgés avaient 76 ans (Chuquet), 73 ans (Catteau). L'âge moyen est celui où survient la carcinose en général.

Pour MM. Quénu et Longuet, les femmes seraient

atteintes dans 70 % des cas. Ils légitiment ce chiffre en montrant que sur 48 cas, dont 32 de sexe connu, 23 concernent des femmes. La proportion nous semble exagérée. Nous connaissons, en effet, au total, en tenant pour primitifs les deux cas de M. Tillaux, 57 faits de cancer secondaire de l'ombilic. Sur ce nombre, 33 seulement se rapportent à des femmes. La somme, d'ailleurs, nous paraît insuffisante pour établir utilement un pourcentage.

L'organe atteint primitivement, et dont la dégénérescence entraîne celle de l'ombilic fait le plus souvent partie du tube digestif. En effet, 19 observations ont trait à un cancer de l'estomac, 5 à un cancer de l'intestin. L'estomac et l'intestin étaient touchés en même temps dans un cas. Onze fois il s'agissait du péritoine, de l'épiploon ou du mésentère. L'ovaire et l'utérus étaient intéressés dans six faits. Très rarement on a noté un cancer du foie. Dans les autres faits, les constatations sont insuffisantes. Il faut donc s'attendre à trouver le plus souvent chez les malades porteurs d'un cancer ombilical secondaire, une néoplasie de l'estomac ou de la première partie de l'intestin.

Le début du cancer secondaire de l'ombilic devrait, semble-t-il, n'échapper jamais à l'attention. Or, dans la plupart des observations, l'induration ombilicale, découverte par hasard, est d'existence plus ancienne que ne supposent le malade et le médecin. Peu volumineuse, indolore, elle passe inaperçue pendant un temps variable. Elle peut même ne constituer qu'une trouvaille d'autopsie.

Lage rapporte le cas d'un homme de 50 ans dont les hémorrhagies intestinales furent attribuées aux hémorrhoïdes qu'il portait. A deux reprises il fait de l'occlusion intestinale passagère et du subictère.

Il meurt cachectique avec du mélœna. A l'autopsie seulement, on remarque un cancer à l'ombilic, rouge brun, veiné comme du marbre et entouré d'un disque aplati induré dans la paroi. Grosse tumeur du colon descendant. Colon transverse et rectum épaissis. Noyau cancéreux rectal. Ganglions mésentériques indurés.

L'histoire résumée de ce malade montre qu'avec des lésions primitives viscérales étendues, fournissant une symptomatologie abondante, le noyau ombilical peut apparaître et même évoluer silencieusement. Plus souvent, il ne se révèle qu'à une période avancée :

« Constatation tardive, faite quelque temps avant la mort, « symptôme ultime disparaissant au milieu d'un grand cortège « de signes (ascite, adénite, teinte jaune paille, tumeur) qui ne « laissaient aucun doute sur l'existence d'un cancer abdomi- « nal. »

Ordinairement, à l'occasion de sa toilette, le malade note une disposition anormale du nombril : effacement, rétraction, induration profonde ou nodule sous-cutané. Quelquefois les liens des vêtements, le busc courbe du corset éveillent une gêne, occasion de la découverte. Rarement les douleurs ouvrent la scène, et quand elles existent, le contact des vêtements paraît en être la cause.

Sans nier l'influence, admissible dans de rares circonstances, d'un traumatisme sur l'apparition ultérieure

du cancer, il faut n'accepter que sous réserves la relation causale souvent établie par les malades. Ici, comme pour les néoplasmes du sein, le plus souvent le traumatisme ne fait que révéler une tare ancienne déjà.

D'autres fois, un cancer viscéral existe dans l'abdomen. Tout le révèle. La palpation le fait percevoir sous la paroi. A mesure qu'évolue l'affection, les rapports deviennent plus étroits entre la tumeur et la paroi, jusqu'à ce que le diaphragme ombilical, la zone faible, livre passage à la néoplasie. Un bourgeon cancéreux, une fistule la manifestent alors au dehors. Les choses allèrent ainsi dans le cas du Professeur Renaut :

« Un homme de 54 ans est atteint de néphrite et de cancer « stomacal propagé à l'épiploon.

« La tumeur, rapidement accrue, devint adhérente à l'om- « bilic qui s'ulcéra. Le malade mourut avec de la diarrhée. A « l'autopsie on trouva un cancer stomacal propagé au colon « transverse, formant avec les masses ganglionnaires dégéné- « rées, une tumeur adhérente à l'ombilic, creusée d'une cavité « kystique mettant en communication l'estomac avec le colon « transverse. »

M. Renaut tient ce cas pour « unique dans la science : on ne connaît pas, dit-il, de cancer stomacal ouvert à l'ombilic. » Le cas de M. G. Auger, présenté dès 1875 à la Société Anatomique, était pourtant tout analogue, si l'on accepte que la ponction au bistouri n'a fait que devancer la fistulisation de quelques jours. Cette observation est publiée dans la thèse de Villar. D'autres encore sont connues, d'ailleurs : celles de MM. Monod, Broussolle, Fischer (de Breslau).

Le fait suivant, rappelé par M. Feulard dans son mémoire de 1877 (1), est emprunté à Balluf. Il est de même nature.

« Femme, 32 ans, ayant présenté tous les signes d'une « affection abdominale. Une tumeur qui parut à la région « épigastrique et de la grosseur du poing, confirma le « diagnostic posé de cancer stomacal. Elle pointa vers l'ombilic « Ouverture spontanée. Pas d'autopsie. »

Telle encore l'observation de MM. Feulard et Duguet dans le même mémoire :

« Femme, 26 ans, atteinte de troubles digestifs. Masse épi- « gastrique et péri-ombilicale dure, lisse, sans limite nette. Au « niveau de l'ombilic, la peau semble adhérente. Diagnostic : « péritonite tuberculeuse chronique. Fistule ombilicale huit « jours après. Mort au bout de sept semaines. Autopsie : « cancer de la région pylorique ; végétations cancéreuses au « devant de l'estomac ; adhérences de celles-ci à la paroi abdo- « minale ; ramollissement de ces fongosités et fistule om- « bilicale. »

Plusieurs autres cas cités par M. Feulard pourraient rentrer à la rigueur dans notre cadre. Nous les avons négligés, l'ouverture de l'estomac et le trajet fistuleux semblant s'être produits dans un tissu d'adhérences non cancéreuses, mais inflammatoires. Il suffit d'ailleurs de ce qui précède pour appuyer nos dires.

Les mêmes observations montrent quel aspect va-

(1). Feulard. — *Arch. génér. de médec.* 1877.

riable est celui du cancer secondaire de l'ombilic à sa période d'état. Dans quelques cas c'est :

« Un petit bourgeon violacé qui, d'abord peu considérable, « s'étend et envahit bientôt presque toute l'étendue de la « cicatrice ; primitivement arrondi, il s'étale ensuite et se « recouvre d'une mince croûte ; cette production morbide fait « corps avec la paroi abdominale non adhérente aux viscères.» (Obs. de Michaux. Th. de Villar LXXIX.) De même dans l'observation de Wulchow, dans le cas de MM. Quénu et Longuet, « il existe une plaque indurée ayant les dimensions « de trois travers de doigt, dont les limites sont diffuses. La « coloration de la cicatrice ombilicale est d'un rouge foncé, et « au centre, il existe une zone circulaire mesurant cinq milli- « mètres de diamètre, où la coloration est d'un violet intense.»

La tumeur ombilicale atteint rarement un grand volume. La plupart des observations parlent d'un petit noyau induré ou bien comparent la néoplasie à un œuf de pigeon, à une prune. Le cas de MM. Nicaise et Queyrat atteignait le volume d'un œuf d'oie.

La palpation fournit des renseignements variables. On conçoit que dans les cas analogues à ceux de MM. Auger, Feulard, Broussolle, etc., on puisse découvrir un prolongement profond, une masse solide intra-abdominale faisant corps avec la tumeur externe et limitant sa mobilité. Beaucoup plus souvent, la tumeur ombilicale se déplace avec la paroi, même lorsqu'un organe abdominal adhérent à l'ombilic est le siège de la dégénérescence cancéreuse.

Il en était ainsi dans l'épiplocèle ombilicale cancéreuse observée par MM. Nicaise et Queyrat (Th. de Codet de Boisse).

Il faut savoir, cependant, que, même libre d'adhérences anormales, le noyau ombilical n'est jamais également mobile dans tous les sens. Aucune difficulté d'obtenir un déplacement latéral très appréciable, sauf quand un épanchement abondant distend outre mesure la paroi ventrale. Il en est autrement si l'on tente de mobiliser l'ombilic de bas en haut.

L'existence de l'ouraque et des artères ombilicales, cordons à peu près inextensibles, limite étroitement ce mouvement. La démonstration de ce fait important en clinique est due à M. le professeur Tillaux.

En somme, ainsi que l'écrivent MM. Quénu et Longuet :

« Les caractères macroscopiques du cancer secondaire de « l'ombilic sont loin d'être tranchés. Objectivement, il s'agit le « plus souvent d'une sorte d'*induration en plaque ou en disque* « dont les dimensions s'accroissent progressivement beaucoup « plus en largeur qu'en hauteur ; le néoplasme dépasse peu le « niveau des téguments ambiants : une pente douce, sans « limite appréciable, le relie aux régions saines. Ce plateau « d'induration qui s'étend en cercle diffus, conserve toujours « comme centre la cicatrice ombilicale ; au niveau de cette « cicatrice, les lésions paraissent plus avancées ; c'est là « qu'elles aboutissent de bonne heure à l'ulcération, mais « longtemps l'ulcération n'est qu'apparente ; il en était ainsi « dans notre cas où l'examen histologique permit de reconnaître « que l'épithélium malpighien recouvrait partout la tumeur. « Cette pseudo-ulcération frappe l'œil immédiatement parce « que la couleur est à ce niveau d'un rouge sombre qui tranche « sur les parties ambiantes. »

Le cancer secondaire de l'ombilic, localisation secon-

daire, adénopathie éloignée d'un néoplasme viscéral primitif, peut lui-même s'accompagner de retentissement ganglionnaire. Ce fait curieux de retentissement tertiaire d'un cancer abdominal n'est pas une rareté clinique. Les ganglions inguinaux étaient engorgés chez les malades de Neveu (obs. I), de Hutchinson, de Lorain et Catteau, de Mac Münn, de Bergeat. Wickam Legg signale une lymphangite cancéreuse sous-cutanée parallèle à la ligne blanche. Il y avait lymphangite (à droite), adénopathie inguinale et noyaux sous-cutanés dans le fait d'Aslanian. Le sujet observé par Miraillé portait près de l'insertion du 6me cartilage costal gauche, une petite tumeur douloureuse, constituant un noyau de généralisation comme deux autres nodules également douloureux qui se trouvaient sur la ligne mamelonnaire, à droite et à gauche du sternum.

Nous avons insisté sur les signes physiques du cancer de l'ombilic parce que les symptômes fonctionnels n'en compensent pas l'inconstance. La douleur n'existe guère qu'autant que les vêtements irritent la tumeur ulcérée. Les plaintes des malades concernent bien plutôt le néoplasme viscéral primitif, le noyau ombilical ne causant qu'une gêne locale corrigée par un pansement isolant, par la suppression des liens du vêtement, par l'abandon du corset.

Dans plusieurs cas on a noté des hémorrhagies survenant de façon très inconstante, quelquefois à l'occasion du moindre attouchement. En aucun fait leur abondance n'a causé de danger immédiat. Elles se mon-

trent en effet sous l'apparence d'un suintement en nappe comme sur certains épithéliomes du sein ulcérés.

Les symptômes généraux, on le conçoit, sont bien plutôt commandés par le néoplasme primitif, assez souvent diagnostiqué, souvent aussi ignoré. Et le tableau banal de la cachexie cancéreuse se déroule sans aucun caractère spécial.

Il faut savoir que le cancer ombilical peut être cliniquement la seule manifestation appréciable d'un néoplasme viscéral latent. Les cas de MM. Monod, Damaschino, Chuquet, Brossard, Fischer, Heurtaux, Neveu, ont présenté ce type d'évolution. L'observation suivante due à M. Legueu (in thèse de Valette) en est un nouvel exemple :

« Femme de 61 ans, portant depuis huit mois un noyau « ombilical. Le palper ne révèle rien. Pas de troubles digestifs « autres qu'un peu d'anorexie. Amaigrissement et affaiblisse- « ment. L'omphalectomie montre quelques noyaux cancéreux « péritonéaux. Suites opératoires : affaiblissement, vomisse- « ments, mort au 8e jour. A l'autopsie : noyaux péritonéaux. « L'estomac sain, extérieurement, présente, dans sa cavité, « implanté sur sa paroi postérieure, un néoplasme végétant en « forme de chou-fleur. Il s'agissait d'épithéliome cylindri- « que. »

Le plus habituellement les symptômes du néoplasme primitif éveillent l'attention, sans que *toujours* un diagnostic exact soit possible. Le tableau clinique variera donc avec le viscère atteint : estomac, intestin, foie, péritoine, utérus, etc. Rappelons qu'une omphalocèle, une épiplocèle ont été observées en même temps que le

néoplasme ombilical (Nicaise, Cooper Forster). Il va sans dire que les symptômes ordinaires de ces affections pourront coexister avec ceux du cancer, ou même, s'il s'agit d'une dégénérescence de la hernie, qu'ils auront pu précéder l'envahissement de l'ombilic par l'épithéliome.

A quel moment de l'évolution du carcinome primitif survient la localisation ombilicale? Aucune réponse ne peut être faite pour les faits où le noyau ombilical constitue le seul et unique signe d'un cancer viscéral latent. Dans d'autres faits, l'apparition d'un bourgeon ombilical n'est qu'un épiphénomène survenant alors que le néoplasme primitif est déjà connu. En tout cas, l'envahissement de l'ombilic précède de peu la mort. « *Presque tous les malades ont succombé du troisième au* « *cinquième mois après l'apparition du néoplasme.* »

***

Insidieux dans son début, souvent perdu au milieu des signes plus bruyants du néoplasme primitif, quelquefois tardif dans son apparition jusqu'à devenir un symptôme terminal, le cancer secondaire de l'ombilic n'affecte donc pas une physionomie objective constante: bouton croûteux, bourgeon ulcéré occupant l'aire de l'anneau ombilical, plaque diffuse dans l'épaisseur de la paroi, la tumeur ne présente que rarement ce « sillon « peu profond mais bien régulier le séparant des lèvres « de la cicatrice cutanée qui ne sont nullement envahies « par le néoplasme » (Valette). Très inconstante est

l'ulcération. On se tromperait étrangement encore si l'on pensait qu'existe toujours ce pédicule grâce auquel le néoplasme extérieur, rattaché à la tumeur profonde, réalise la disposition en « *bouton de chemise* » décrite par Nélaton. Cette disposition est rare en réalité et nous avons vu d'autre part des adhérences exister, alors que cliniquement, le néoplasme ombilical pouvait être tenu pour isolé et indépendant.

« La caractéristique de ce néoplasme, écrit Verchère, « est l'induration en verre de montre, de laquelle s'élève « le bourgeon qui s'étrangle au niveau de l'orifice apo- « névrotique pour venir s'épanouir dans la cavité ombi- « licale sans l'envahir. » Caractéristique est cette induration, quand elle existe... mais combien de cas indubitablement secondaires n'ont rien qui la rappelle ?

Pathogénie du cancer secondaire de l'ombilic.

La variété même de la symptomatologie du cancer secondaire de l'ombilic fait prévoir que la pathogénie n'en est pas univoque. Nous exposerons, en nous appuyant sur les observations. par quelles voies et quels processus divers s'opère la propagation.

*
* *

Rappelons ici les constatations nécropsiques de l'observation de M. Feulard : « cancer de la région pylori-
« que ; végétations cancéreuses au-devant de l'esto-
« mac ; adhérences de celles-ci à la paroi abdominale,
« ramollissement de ces fongosités et fistule ombi-
« licale. » Il y a eu, dans ce cas, comme dans ceux de Monod, Auger, Broussolle, Fischer, Besançon, *envahissement par continuité.* Ces mots portent en soi leur explication. Il suffit, pour que ce mécanisme soit possible, que le viscère cancéreux soit *normalement* ou *anormalement* au contact des tissus ombilicaux.

Dans les cas cités tout à l'heure, des adhérences, d'abord purement inflammatoires, survenues entre le néoplasme viscéral et la face postérieure de l'ombilic ont servi de lieu de passage aux cellules cancéreuses. Quant au mécanisme même de leur migration, il reste en discussion. Valette admet le cheminement des particules ou des germes épithéliaux dans les lymphatiques néoformés que contiendraient les adhérences. Aucune preuve formelle n'étayant cette hypothèse, on peut bien admettre un envahissement de proche en proche, par bourgeonnement continu. M. *Cunéo*, d'ailleurs, considère comme absolument problématique le rôle des vaisseaux blancs de nouvelle formation.

En certaines circonstances, sans perdre de sa valeur pathogénique, le rôle des adhérences est singulièrement réduit par la situation intra-ombilicale du viscère infectant. La hernie ombilicale atteinte de dégénérescence cancéreuse est le type de ces faits. En 1852, M. Cannuet présenta à la *Société Anatomique* une exomphale accidentelle remarquable en ce que, le malade étant atteint d'un cancer du foie, il s'était formé dans la portion d'épiploon herniée, un ganglion cancéreux lui-même. Cooper Forster rapporte un fait analogue. Et le résumé suivant de l'observation de MM. Nicaise et Queyrat (in *Th.*, Codet) nous semble particulièrement démonstratif.

« Femme de 36 ans, atteinte depuis neuf ans d'une hernie « ombilicale réductible, du volume du poing. Apparition à la « place de la hernie, d'une tumeur de même volume, dure et « irréductible, de coloration rouge vineux sans phénomènes

« inflammatoires, adhérente à la peau, mobile sur les parties
« profondes. En même temps, cancer ulcéré de l'utérus. Mort
« par péritonite due à l'ouverture du foyer cancéreux utérin
« dans le petit bassin. Autopsie : cancer de l'utérus propagé
« aux trompes et aux ovaires. Epiplocèle ombilicale cancéreuse.
« Tout l'épiploon hernié a subi la dégénérescence cancéreuse ;
« l'épiploon en deçà du collet herniaire est parfaitement
« sain. »

A côté des deux variétés précédentes, MM. Quénu et Longuet citent certains faits de péritonite cancéreuse où la cicatrice ombilicale refoulée par une ascite abondante, forme une saillie en verre de montre, souvent réductible, contenant un liquide gélatineux et tremblottant, parfois hémorrhagique. Mais il n'y a pas ici à proprement parler cancer secondaire de l'ombilic, le feuillet péritonéal rétro-ombilical étant seul intéressé.

En somme, le mécanisme que nous venons d'exposer se résume dans la formation préalable :

« D'adhérences entre le feuillet péritonéal viscéral de l'or-
« gane primitivement malade (lorsque ce feuillet existe encore),
« et le feuillet péritonéal pariétal rétro-ombilical, de telle sorte
« que c'est dans du tissu conjonctif, dans des fausses mem-
« branes bien organisées, dans un tissu mésodermique que se
« fait la propagation par continuité. »

Les *vaisseaux lymphatiques* constituent par excellence les voies de propagation des néoplasmes abdominaux à l'ombilic, voies souvent détournées, quelquefois impossibles à reconstituer, variables en tout cas avec l'organe même qui est le siège de la tumeur primitive.

Nous les étudierons successivement pour l'estomac, l'intestin, l'utérus et ses annexes.

Sappey (1) décrit à l'estomac trois groupes de lymphatiques efférents : I. Le groupe qui suit les vaisseaux coronaires et se dirige vers les ganglions sus-pancréatiques. — II. Le groupe parallèle aux vaisseaux gastro-épiploïques droits qui chemine de gauche à droite et se réunit, derrière la première partie du duodénum, aux lymphatiques du foie dont il partage le mode de terminaison. — III. Le groupe parallèle aux vaisseaux gastro-épiploïques gauches, qui se termine dans les ganglions spléniques.

Aucun de ces trois groupes ne va directement à l'ombilic. D'autre part nous savons que, parmi les lymphatiques profonds de la région ombilicale, il en est un certain nombre qui accompagnent la veine ombilicale. Ces troncs, non décrits par les classiques, ont été décrits et figurés par Gerota (2). M. Cunéo a même pu injecter un de ces canaux para-ombilicaux, sans toutefois en voir la terminaison qui se fait dans les ganglions du hile du foie. Or, c'est à ces ganglions communs en quelque sorte au foie, à l'estomac et même au duodénum, qu'aboutissent les lymphatiques du deuxième groupe de Sappey.

Ainsi est constituée une voie lymphatique continue qui apparaît « comme formant un grand arc annexé,

(1) Sappey. — *Anatomie descriptive.*

(2) Gerota. — Zur Technik der Lymphgefässinjection. *An. Anz*, 1896, t. xii, cité par Cunéo.

(3) Cunéo. — *Th.*, Paris, 1900.

« d'abord, au bord libre du ligament suspenseur, puis à « la face inférieure du foie, enfin au bord droit du petit « épiploon. »

Dans cette voie de conduction, par quel processus cheminent les germes ou les particules néoplasiques ?

MM. Quénu et Longuet invoquent très explicitement une « *embolie cancéreuse* » qui, partie de l'estomac ou du duodénum pylorique peut, ou bien s'arrêter aux ganglions hépatiques, ou bien continuer son trajet le long du ligament suspenseur du foie pour aboutir à la cicatrice ombilicale. Pour M. Cunéo, la voie de transmission reste la même, mais le mécanisme embolique est « absolument inadmissible ». Si l'on tient compte du sens du courant lymphatique et du rôle défensif des ganglions :

« Une embolie partant du pylore ne saurait en aucune façon « gagner l'ombilic. Il faut, en effet : 1° qu'elle traverse les gan- « glions de l'un des groupes para-stomacaux ; 2° qu'elle remonte « à contre courant vers les ganglions du hile hépatique ; « 3° qu'elle franchisse ce nouvel obstacle ganglionnaire ; qu'elle « chemine enfin en sens inverse du cours normal dans les lym- « phatiques de la faux. »

De plus, M. Cunéo tient pour douteuse la possibilité d'une embolie à contre courant dans les vaisseaux lymphatiques.

Pour lui, le cancer de l'ombilic secondaire à l'épithéliome gastrique suppose l'existence d'une adénopathie sous-hépatique, résultat de l'envahissement des ganglions des chaînes parastomacales ; il implique en même

temps l'existence d'une thrombose progressive des lymphatiques du ligament suspenseur, thrombose constituant un trait d'union tangible entre les ganglions du hile et l'ombilic. Les examens méthodiques ne sont toutefois pas assez nombreux pour trancher cette question de l'embolie qui fait du cancer ombilical un néoplasme littéralement secondaire, et de la thrombose, qui lui donne la valeur d'une localisation tertiaire de l'épithéliome gastrique par l'interposition du relais ganglionnaire hépatique.

En fait, si le mode de cheminement peut être discuté, la voie suivie est bien celle que nous avons indiquée. Hutchinson, dans un cas de cancer du foie ou de l'estomac à retentissement ombilical qu'il ne put malheureusement autopsier, supposa déjà que l'infection avait été portée « *par les troncs lymphatiques suivant le ligament suspenseur* ». Dans l'observation LXXIX de Villar recueillie par M. Michaux dans le service de Damaschino, le bourgeon ombilical semblait en communication, le long de la veine ombilicale, avec la masse qui occupait l'estomac et l'épiploon. Dans le deuxième cas de Heurtaux (*Th.* de Neveu) les ganglions de l'épiploon gastro-hépatique étaient dégénérés. Le ligament suspenseur renfermait des masses cancéreuses entre ses lames. *Catteau* vit aussi, dans un cas, des noyaux cancéreux sur presque toute l'étendue du ligament suspenseur.

Pour les cancers siègeant entre le duodénum et le rectum, la voie de propagation ombilicale est encore inconnue. MM. *Quénu et Longuet* n'ont que des hypo-

thèses. La propagation se fait-elle par « le croissant inférieur du mésentère primitif ? » A-t-elle lieu « le long de l'ouraque ? » Anatomiquement, pas de lien normal entre l'intestin et l'ombilic. Pathologiquement, « aucune « autopsie n'a permis de déceler le chemin suivi par le « néoplasme. »

Peut-être certains faits pourraient-ils être expliqués par l'existence d'adhérences capables de mettre les lymphatiques intestinaux en rapport avec la zone d'origine des afférents des ganglions du hile hépatique. Un fait de *Damaschino* pourrait à la rigueur être interprété dans ce sens.

La question ne pourra être résolue que par de nouvelles recherches.

Dans un troisième groupe de cancers secondaires de l'ombilic, la néoplasie primitive siège sur l'utérus ou ses annexes.

Des lymphatiques utérins, un certain nombre gagnent les ganglions inguinaux et les ganglions cruraux ou iliaques situés sous l'arcade crurale en suivant les ligaments ronds. A ces mêmes ganglions aboutissent d'autre part des lymphatiques venant de l'ombilic. La voie est donc anatomiquement complète. Toutefois, si de l'utérus aux ganglions, les germes n'auront qu'à suivre le courant, ils devront le remonter au contraire pour aller des ganglions à l'ombilic. La chose est-elle possible ? M. *Troisier* (1) a admis la possibilité des embolies rétrogrades pour expliquer les adénopathies sus-clavicu-

(1) Troisier. — *Soc. méd. des Hôpitaux*, 1888.

laires du cancer de l'estomac, en mettant en doute l'efficacité absolue des valvules lymphatiques et en attribuant, avec *Valdeyer*, aux cellules cancéreuses, des mouvements propres, amiboïdes.

Nous n'objecterons rien à cette théorie. Si dans quelques cas elle a trouvé sa réalisation, dans d'autres, il y a indéniablement thrombose, envahissement de proche en proche des vaisseaux blancs omphalo-ganglionnaires.

Chez une femme dont Aslanian (*Th.* de Valette) relate l'histoire, et qui revenait, après omphalectomie, avec une récidive sur place, les ganglions inguinaux étaient engorgés des deux côtés. Sous les téguments abdominaux existaient de petites nodosités. A gauche et en bas, on sentait un cordon dur, long de 3-4 c., aboutissant aux ganglions envahis. A l'autopsie : cancer de l'ovaire. Noyaux péritonéaux pariétaux, noyaux sous-cutanés ; la partie inférieure du grand droit en était farcie. Sur le feuillet pariétal de la paroi abdominale antérieure existaient des cordons blanchâtres de lymphangite cancéreuse suivant les artères ombilicales.

Ces constatations nous semblent probantes.

La migration peut encore s'opérer par une voie parallèle mais différente : le fait analysé tout à l'heure comportait, en effet, outre la lymphangite sous-cutanée, « des cordons blanchâtres le long des artères ombilicales ».

De même, dans une observation de Chuquet relative à un carcinome kystique des ligaments larges, la paroi abdominale, à sa face interne, était recouverte de granulations cancéreuses montant vers l'ombilic le long des artères ombilicales.

La connaissance des voies lymphatiques explique encore les cas d'adénopathies secondaires à un cancer secondaire lui-même de l'ombilic.

Les ganglions inguinaux supérieurs sont de beaucoup les plus souvent envahis (cas de Attimont et Neveu, de Quénu et Longuet, de Hutchinson, de Lorain et Catteau, de Mac Münn, de Bergeat, d'Aslanian). Dans le fait de Wickam Legg, les ganglions étaient indemnes, mais une ligne indurée marquait le trajet des *vaisseaux lymphatiques superficiels et sous-ombilicaux*.

Les canaux *profonds* et *sous-ombilicaux* aboutissant aux ganglions iliaques, ont permis la propagation tertiaire dans les cas de Chuquet et d'Aslanian.

Dans le fait de Miraillé, la néoplasie ombilicale essaima de curieuse façon : un nodule cancéreux se trouvait près de l'insertion du 6me cartilage costal ; deux autres siégeaient sur la ligne mamelonnaire, de chaque côté du sternum. Dans ce fait, les cellules infectantes avaient suivi la voie des lymphatiques du *3me groupe* de MM. Quénu et Longuet : lymphatiques profonds et sus-ombilicaux se terminant dans le chapelet ganglionnaire rétro-sternal, ainsi que les lymphatiques de la partie antérieure du foie et du diaphragme (Sappey) en même temps que les vaisseaux intercostaux antérieurs sous-pleuraux (Cruveilhier). Les lymphatiques ascendants de la face supérieure du foie, ceux du ligament suspenseur se rendent à un ganglion situé au-devant de la base du péricarde pour gagner ensuite les vaisseaux mammaires internes tributaires du canal thoracique (Sappey).

A côté de la voie lymphatique, la voie *sanguine* peut

jouer son rôle dans l'envahissement de l'ombilic par le cancer.

L'envahissement par les artères est nettement mis en lumière par les préparations qu'a fait M. Brault d'un épithélioma ombilical secondaire à un épithélioma des voies biliaires et qu'il publie dans le Manuel d'histologie pathologique (1). La figure 225 montre :

« Une artériole sous-cutanée dont l'endothélium a été remplacé « par une couche de cellules cylindriques et caliciformes, si « bien que l'artère ainsi modifiée ressemble à un canal excré- « teur de glande. La tumeur, de la grosseur d'une petite « noisette, contenait un certain nombre d'artères présentant les « mêmes modifications, le centre du vaisseau étant occupé, non « par des globules rouges, mais par des blocs de mucus. »

Le rôle des veines n'est pas moins bien démontré par le même auteur :

« Dans la partie profonde du derme, des veines étaient « remplies par des amas épithéliaux où la forme cylindrique se « reconnaissait. »

La figure 227 souligne cette description et la confirme indéniablement. Enfin, la figure 226 représente l'envahissement de la peau de la région ombilicale. L'épithéliome, constitué en ce point par une couche de cellules cylindriques tapissant la cavité très agrandie d'un capillaire, est presque immédiatement implanté sur l'épiderme.

(1) Cornil et Ranvier. — *Manuel d'Histologie Pathologique*, t. I, page 492 et suivantes. (Paris, Alcan, 1901.)

*
* *

Cette longue étude pathogénique montre que tous les cancers secondaires de l'ombilic ne procèdent pas d'un même mécanisme. Il faut distinguer parmi les cas où la cicatrice est envahie par continuité, les formes où le néoplasme représente un bourgeonnement, une végétation externe d'un cancer intra-abdominal, et celles où l'ombilic doit sa dégénérescence à celle d'un organe hernié, qu'il s'agisse d'intestin ou d'épiploon.

Les autres faits ont la valeur de greffes lointaines d'une néoplasie profonde portées à l'ombilic par la triple voie veineuse, artérielle et lymphatique.

En tout cas, quel que soit le mode d'envahissement de l'ombilic, il est constant que la néoplasie ombilicale reproduit exactement le type histologique de la tumeur viscérale dont elle dépend.

Observations de Cancer primitif de l'Ombilic.

Depuis la thèse de Villar où étaient rassemblés 13 cas de cancer primitif de l'ombilic, le sujet n'a été repris que par M. le Professeur Tillaux dans une leçon publiée dans la *Revue de Gynécologie*, puis dans la thèse de Bonvoisin.

La sévère critique de MM. Quénu et Longuet ayant beaucoup réduit le nombre des observations, aucun auteur ne s'en occupa depuis. Pourtant, le cancer primitif de l'ombilic existe, et « sa présence en cette région n'a rien qui doive surprendre ».

Même en sacrifiant comme imprécis ou discutables, certains des cas rassemblés par Villar, les relations de cancer primitif restent assez nombreuses pour permettre une étude profitable.

L'observation de Fabrice de Hilden peut-elle être retenue? Outre qu'il est malaisé de s'entendre sur la valeur du mot « cancer » dans les auteurs anciens, en face de sa précision scientifique actuelle, le triple pédicule dont il est question autorise à supposer qu'il s'agis-

sait plutôt d'un papillome. Le cas de Civadier, plus récent, où la tumeur ressemblait à « une poire attachée à son pédicule » prête de même à la discussion. Le premier cas de Demarquay perd sa valeur du fait même de l'examen microscopique de l'auteur qui lui révéla un papillome. Ses deux autres cas manquent absolument de précision. Il en est de même de celui de P.-H. Bérard.

La publication de M. Blum dans les *Archives générales de Médecine* (1876), contient des faits mieux établis. Comme pour le cancer secondaire, nous publierons d'abord un résumé des observations qui nous semblent devoir être retenues.

Richet. — Femme, 54 ans. Tumeur ombilicale mamelonnée, avec prolongement profond. Nélaton la regardait comme inopérable. Ablation par M. Richet. Guérison maintenue au bout de 12 ans. La tumeur était formée d'éléments fibro-plastiques mêlés de nombreuses cellules embryogéniques.

Richet. — Homme, 65 ans. Tumeur ulcérée, en chou-fleur. Ablation. Mort par péritonite.

Dolbeau. — Femme, 60 ans. Tumeur épithéliale du volume d'un œuf. Ablation. Récidive. Nouvelle ablation. Guérison complète.

Nélaton. — Femme 60 ans. Tumeur ombilicale circonscrite par une rainure circulaire. La peau est violacée et adhérente sur la tumeur, elle est saine au-delà de la rainure. Tumeur libre, non adhérente dans la profondeur, indépendante — malgré la première impression — du corps fibreux utérin auquel elle semble liée. Non opérée.

Hue et Jacquin. — Cancer colloïde de l'ombilic et de la paroi abdominale ayant envahi la vessie.

Homme 45 ans. Tumeur ombilicale survenue à la suite d'un traumatisme (?). Prise pour une collection purulente, elle est incisée. La plaie reste fistuleuse et la paroi abdominale est envahie peu à peu en même temps que l'état général faiblit et que surviennent des troubles vésicaux. Au bout d'un an, la paroi est envahie jusqu'au pubis et présente trois fistules.

Mort. Autopsie : Dégénérescence gélatiniforme de la paroi abdominale antérieure et de la vessie. Examen microscopique : cancer colloïde.

Desprès. — Homme 74 ans. Tumeur ombilicale du diamètre d'une pièce de 2 francs, étalée en tête de clou sur la paroi et pédiculée sur l'ombilic.

Excision. La tumeur adhère à l'épiploon. Guérison.

Examen microscopique : épithéliome tubulé.

Potherat. — Femme 46 ans. Tumeur ombilicale du volume d'un petit œuf d'oiseau ; forme conique ; base se continuant avec la cicatrice et s'étranglant en un pédicule volumineux.

Excision. Guérison.

Microscopiquement, il s'agit d'un épithélioma pavimenteux.

Péan. — Femme 62 ans. La tumeur ombilicale, apparue depuis 7 ans, a atteint le volume du poing. Elle est aplatie, mobile. Peau adhérente, amincie, rouge, ulcérée, croûteuse. Omphalectomie. La tumeur adhère à l'épiploon. Mort le 2e jour par péritonite.

L'examen histologique confirme le diagnostic.

Déjerine et Sollier. — Homme 54 ans, atteint d'hémiplégie agitante symptomatique d'un sarcome du noyau lenticulaire, et d'arthropathie coxo-fémorale tabétique. L'autopsie révèle une tumeur ombilicale ignorée durant la vie, comprise dans une

loge formée en avant par les aponévroses abdominales, en arrière par le péritoine sain.

Examen histologique : épithélioma tubulé.

Tillaux (résumée).— Femme de 40 ans, entrée le 8 février. Il y a sept mois, au sortir du bain, elle remarqua au niveau de l'ombilic, normal jusqu'alors, une petite croûte recouvrant une tumeur du volume d'une lentille, de couleur rouge vineux, sans ulcération. Après cautérisation, elle put se croire guérie, mais la tumeur réapparut et s'accrut rapidement.

A l'entrée, la cicatrice était envahie par une tumeur de la largeur d'une pièce de dix centimes, bombée, surélevée au-dessus des bords de la cicatrice dont la séparait un sillon profond. Coloration rouge vineux. Ulcération en godet au centre. Ecoulement puriforme. Consistance ferme ; irréductibilité, indolence. Pas de pédicule ; hémorrhagies en nappe au moindre traumatisme.

La région ombilicale était indurée dans l'étendue de la paume de la main et la tumeur semblait se prolonger dans la cavité abdominale. Immobilité complète dans le sens vertical. Etat général excellent.

Diagnostic : Epithélioma primitif de l'ombilic. Omphalectomie. Pas d'adhérences. Guérison. Examen : épithélioma cylindrique.

Tillaux (résumée). — Homme de 64 ans. Depuis deux mois est survenue à l'ombilic une excroissance charnue à peu près indolente de la grosseur d'un *petit pois ;* au bout de 15 jours, exulcération légère suivie de la formation de croûtelles laissant au grattage une surface excoriée. Un médecin pose le diagnostic *d'eczéma ombilical.* A l'entrée, le mamelon ombilical est remplacé par une ulcération très peu excavée saignant facilement. Autour de l'ulcération, le palper révèle un anneau d'induration entourant l'ombilic et présentant une épaisseur d'un centimètre.

Pas de troubles fonctionnels autres qu'un peu de cuisson et de

prurit. Depuis quelques semaines, troubles digestifs légers ; alternatives de diarrhée et de constipation, mais pas d'hématémèse, pas de mélœna, pas d'œdème des membres inférieurs ; il n'y a pas d'anorexie ; l'état général est resté bon, sauf un peu d'amaigrissement survenu ces derniers temps. Omphalectomie. Péritoine intact. Mort au cinquième jour sans péritonite. Autopsie incomplète. L'estomac et l'intestin paraissent sains. Il s'agissait d'un épithéliome cylindrique.

Gross (résumée). — Homme de 54 ans, portant depuis deux mois à l'ombilic une tumeur qui, d'abord minime et indolore, a augmenté de volume et cause des douleurs sourdes, continues, sans paroxysmes, mais assez aiguës pour empêcher le sommeil. Un peu d'amaigrissement ; un peu de diarrhée qui a cessé. Pas de troubles digestifs depuis.

A l'entrée, le malade est amaigri, hâve, avec un teint non pas jaune cachectique, mais plombé, grisâtre. Douleurs continues. L'ombilic présente une tumeur surélevée, dure, adhérente à la cicatrice, recouverte par une peau rouge lie de vin, luisante, tendue, à laquelle elle adhère également. La palpation la fait comparer à un cylindre allant de la peau vers la profondeur et dont on ne peut atteindre la limite postérieure. Rien de viscéral. Seule la possibilité d'adhérences profondes fait hésiter dans le diagnostic d'épithélioma primitif. Omphalectomie. On résèque un lambeau du péritoine rétro-ombilical adhérent.

Examen histologique : *épithéliome*.

Suites opératoires : Pneumonie gauche au troisième jour. Evolution normale. Vers le vingtième jour, brusquement, s'ouvre dans la plaie opératoire à peu près cicatrisée, une fistule qui donne un peu de pus et quantité de bile. Pas de pneumocoques dans le pus. Pas de fil profond pouvant expliquer sa formation. Le lendemain, il ne s'écoule que de la bile. L'écoulement cesse le troisième jour. La fistule est fermée le cinquième. Le malade sort quelques jours après, guéri et de son néoplasme et de sa pneumonie, et de sa fistule biliaire.

Le Bec et Meslay (inédite). — Voir plus loin : page 66.

Symptomatologie du cancer primitif de l'ombilic.

Nous avons tenté de dégager des observations qu'on vient de lire, la symptomatologie du cancer primitif de l'ombilic.

Des treize cas que nous avons réunis, six concernent des hommes, sept se rapportent à des femmes. Les deux sexes semblent donc affectés avec une égale fréquence.

L'hérédité, pas plus que les antécédents personnels de chacun des malades, ne présente d'importance particulière. L'âge auquel ils ont été atteints est celui où surviennent en général toutes les néoplasies malignes. Dans un cas, la malade n'était âgée, cependant, que de 37 ans. Un vieillard de 74 ans, d'autre part, figure dans notre liste. Entre ces deux limites extrêmes, l'âge moyen reste de 54 ans.

Dans cinq cas, les renseignements ne permettent pas de préciser la date du début. Pour les autres, d'une façon générale, il faut remonter à une période plus éloignée que pour le cancer secondaire. Dans le cas de

M. Potherat, l'apparition de la néoplasie datait de sept ans. Dans notre observation, il se serait écoulé dix ans entre l'apparition de la tumeur et le jour où la malade se présenta à l'examen.

Le plus souvent, les malades découvrent par hasard l'affection dont ils sont atteints, tant sont peu accusés les symptômes du début. Dans les cas de MM. Desprès, Potherat, l'attention a été éveillée au contraire par un sentiment de gêne douloureuse. Dans la seule observation de Hue et Jacquin, il y aurait eu d'abord des douleurs intenses.

A ses débuts, la tumeur est minime. Elle représente un nodule dont le volume est souvent comparé à un « pois », à un « petit bouton ». A sa surface, la peau est tantôt normale, tantôt de couleur violacée, vineuse, mais presque toujours adhérente. La consistance révélée par le palper est dure, résistante.

L'accroissement de la tumeur est le plus souvent lent, et n'aboutit jamais à des proportions très considérables. Dans aucune observation le volume n'a dépassé de beaucoup le volume d'un poing.

L'aspect du cancer primitif de l'ombilic, à sa période d'état, est, en somme, assez variable.

Petit mamelon ulcéré, champignon pédiculé et étalé sur la paroi abdominale, le pédicule plongeant à travers l'anneau ombilical, il s'agit à peu près toujours d'une tumeur très exactement limitée. Seul, le cas de Hue et Jacquin manqua de ce caractère et dut à son aspect diffus, à sa consistance particulière, d'être pris pour une collection purulente et incisé comme tel.

Presque toujours, la tumeur fait comme hernie à travers l'anneau ombilical, laissant indemne le bord mince de cette circonférence.

Dans quelques occasions (deux cas de M. le Professeur Tillaux) le pédicule était entouré d'une zone indurée suspecte à la palpation.

S'agissait-il d'une induration néoplasique? Les observations ne nous ont pas fixé sur ce point. Il est admissible que le cancer primitif de l'ombilic peut ainsi gagner la paroi abdominale dans la zone qui l'entoure. Le cas de Hue et Jacquin a réalisé jusqu'à l'extrême cet envahissement, puisque tous les téguments subirent la dégénérescence cancéreuse, de l'ombilic au pubis.

Ordinairement indolente au palper, la tumeur est constamment irréductible. C'est là un symptôme négatif dont la valeur est grande pour le diagnostic étant donné la fréquence des hernies ombilicales.

La tumeur est-elle libre de toute adhérence profonde ? Dans plusieurs observations, l'intervention chirurgicale l'a montrée étroitement soudée au péritoine pariétal et à l'épiploon restés d'ailleurs sains.

Cliniquement, la question est difficile à résoudre. Plusieurs fois, on a cru à des adhérences qui n'existaient pas en réalité. L'erreur est aisément explicable. Comme l'a montré M. le Professeur Tillaux, l'ouraque et les artères ombilicales constituent des liens suffisants pour limiter la mobilité de la tumeur, surtout dans le sens vertical et faire supposer ainsi à tort des connexions profondes.

Les symptômes fonctionnels ne sont guère caractéristiques. La plupart des cas ne comportent qu'un peu de gêne, une sensation de cuisson et de picotements.

Cependant, le malade de Hue et Jacquin présenta une réaction douloureuse intense, et, dans le cas de Gross (de Nancy), on put attribuer aux insomnies causées par la douleur le mauvais état général du malade.

Les hémorrhagies, toujours peu abondantes, se retrouvent dans les cas où la tumeur est ulcérée. Assez souvent aussi elle donne lieu à un écoulement à caractères inconstants : sanieux, séreux, séro-purulent; fétidité tantôt nulle, tantôt accentuée.

Dans le cas de M. Potherat et dans celui que nous publions, — qui, tous deux, concernent des femmes — la tumeur était au moment des règles le siège d'une certaine congestion douloureuse.

Le plus souvent, l'état général a été peu touché. Ce n'est que tardivement, et quand l'envahissement a été assez étendu, que le malade de Hue et Jacquin est entré en cachexie. Dans les autres observations, on a noté tantôt de légers troubles digestifs, sans signification précise, tantôt un peu d'amaigrissement et d'affaiblissement, l'appétit restant normal et les fonctions digestives s'accomplissant convenablement.

Le cancer primitif de l'ombilic est-il susceptible de propagation et de généralisation ? M. Verchère ne le pense pas :

« Malgré le voisinage immédiat, l'adhérence du péritoine « avec la face profonde de la cicatrice ombilicale, dans aucun

« des cas qui ont été rapportés, on ne signale l'envahissement « du péritoine, la propagation ou la généralisation de l'épithé- « liome. »

« ...Lorsqu'il y a adhérences avec la séreuse, celle-ci n'est « qu'adhérente, elle n'est pas envahie ; elle conserve son rôle « de protection ; elle forme une barrière que l'épithéliome ne « saurait franchir (1). »

Le cas de Hue et Jacquin semble prouver cependant que si la séreuse reste indemne, la paroi abdominale peut dégénérer. Il est vrai qu'il s'agissait d'une variété néoplasique par elle-même très envahissante. D'autre part, plusieurs des cas réunis, non opérés, n'ont pas été suivis jusqu'à leur terminaison vraisemblablement tardive. Enfin, la plupart ont été traités opératoirement, ce qui a interrompu leur évolution.

Aucune observation ne présente d'exemple de dégénérescence ganglionnaire.

*
* *

On voit combien est peu accusée la symptomatologie du cancer primitif de l'ombilic. Dans le cas de MM. Déjerine et Sollier, obscurcie par une affection concomitante, elle échappa même à l'observation durant la vie. Il est bien probable que le cancer primitif reste souvent absolument ignoré, et pendant la vie, et après la mort, rien ne forçant l'attention au lit du malade, rien ne provoquant les recherches à l'amphithéâtre.

C'est là peut-être la vraie cause de la disproportion qui existe entre le nombre des cas de cancer primitif et celui des faits de cancer secondaire de l'ombilic.

(1) Verchère. — *Revue des maladies cancéreuses,* 1896.

Pathogénie du cancer primitif de l'ombilic.

Aux toutes premières époques de la vie embryonnaire, où l'organisme est constitué par de simples lames planes, *les feuillets embryonnaires*, la région ombilicale n'existe pas. Plus tard, lorsqu'après le clivage du feuillet mésodermique, la somatopleure et la splanchnopleure, formées par l'accolement et la soudure des lames musculo-cutanée et fibro-intestinale aux feuillets externe et interne, ont enfin délimité la future cavité pleuro-péritonéale, la face dorsale et les extrémités de l'embryon sont bien distinctes, mais la face ventrale est pour ainsi dire virtuelle. Elle se confond en effet avec la vésicule blastodermique par un *large pédicule* inséré sur le corps embryonnaire suivant une ligne qui passe : en avant, au-dessous de la bouche ; en arrière, au-devant de la membrane anale ; sur les côtés, au milieu des flancs.

Le pédicule ventral (Bauchstiel, de His) formé par la masse mésodermique qui accompagne l'allantoïde et ses vaisseaux, de l'arrière du corps embryonnaire où il

s'insère d'abord, s'est reporté sur sa face ventrale et s'est placé derrière le pédicule du sac vitellin qui va entrer en régression. Leur union forme le *pédicule vitello-intestinal* dont le calibre va diminuer à mesure que croîtra sa longueur et dont la section laisserait un orifice ventral donnant vue sur les viscères embryonnaires. Cette section représente *l'ombilic cutané.*

En même temps que se rétrécit le pédicule vitello-intestinal, l'ombilic cutané se resserre, et, sur les viscères abrités déjà par les parois ventrales, la base du pédicule se ferme, étalant une mince membrane recouvrante fournie par la somatopleure (membrana reuniens inferior de Rathke).

Rappelons, avant de voir quelle en est la destinée, les éléments constituants du pédicule vitello-intestinal. Une coupe montrerait : en avant, le pédicule du sac vitellin ; en arrière, la veine et les deux artères ombilicales qui vont au placenta, engaînées avec le pédicule de l'allantoïde dans une masse mésodermique qui se soude au mésoderme du bord postérieur de l'orifice ombilical.

A partir de la cinquième semaine, le pédicule du sac vitellin s'allonge, s'amincit, puis s'oblitère ; le sac lui-même s'atrophie plus tard et l'on n'en retrouve que difficilement des traces, soit dans le cordon, soit entre le cordon et l'amnios. Le pédicule de l'allantoïde, dont le segment postérieur contribue sans doute à former une partie de la vessie, s'atrophiera plus tardivement et formera l'ouraque de l'enfant après avoir perdu ses connexions avec le placenta. Les vaisseaux ombilicaux perdront leur perméabilité à la naissance et deviendront

des cordons fibreux formant en leur point de convergence un noyau fibreux adhérent à la partie inférieure de l'anneau ombilical.

Pendant la période de développement des parois ventrales que Velpeau et Béraud ont nommée *allantoïdienne*, il est normal et constant que quelques viscères élisent passagèrement domicile dans la base du cordon. L'intestin moyen primitif, en effet, forme une anse à convexité antérieure, qui fait véritablement hernie par l'ombilic cutané. De son sommet part le conduit vitellin, trait d'union perméable entre le canal intestinal et la vésicule ombilicale. Cette disposition importante persiste jusqu'à la fin du troisième mois de la vie embryonnaire, après quoi l'anse, normalement, rentre peu à peu dans l'abdomen.

L'accouchement effectué, une ligature est jetée sur le cordon et l'on en fait la section. Il se forme un caillot dans la veine ; les artères se rétractent, et la portion du cordon qui n'a pas été coupée se nécrose ; un sillon d'élimination apparaît, toujours au même point, et l'extrémité sphacélée tombe au quatrième ou cinquième jour, laissant, comme résultante, une cicatrice typique.

*
* *

Il n'est guère besoin de faire remarquer quelle complexité préside à l'occlusion complète de la cavité péritonéale. Sur cette complexité même repose la relative fréquence des anomalies de la région, très diverses de types, depuis l'arrêt simple de développement jusqu'aux

hétérotopies curieuses dont nous signalerons l'existence.

Widerhofer a vu, dans un cas, un prolongement de la gaine du cordon, vestige de l'amnios, remplacer la peau autour de l'ombilic.

Le petit canal vitello-intestinal peut persister et devenir un diverticule qui s'ouvrira à l'ombilic après la chute du cordon. Ainsi s'expliquent certaines fistules stercorales des nouveau-nés. (W. King, Jacoby, Prestat, Dupuytren.)

L'ouraque, restant anormalement perméable, a pu devenir une voie d'excrétion urinaire.

Tiedmann, Ludwig et Tilling, cités par Cazin (1), ont vu chez des sujets porteurs d'omphalocèles congénitales, un canal s'étendre de l'iléon à l'ombilic où il se terminait en une large vésicule.

Dans un fait de Planque, que rapporte Nicaise, chez une enfant, dans le sac d'une hernie ombilicale congénitale on trouva l'appendice iléo-cœcal « long de 3 cm, « indépendant ; son extrémité seule était fixée au sac « par un petit appendice filiforme qui plongeait dans « une dépression conique située vers le centre du « cordon. »

La hernie temporaire de l'anse vitelline peut aussi persister anormalement comme dans les cas de Jolly (Soc. Anat. 1867), de Gadaud (Soc. Anat. 1867) et cette anomalie n'est pas incompatible avec la vie (Nicaise).

(1) Cazin. — Etude sur les diverticules de l'intestin. *Th.*, Paris, 1862.

La ligature du cordon peut encore créer de nouvelles atypies. Dans une observation de Patry (de Saint-Maur), la ligature du cordon faite très près du ventre avait étreint une partie de l'intestin grêle.

Certaines inclusions ombilicales sont beaucoup moins faciles à interpréter.

M. Tourneux (Soc. de Biologie, 1889) a observé des *cellules épithéliales ciliées* dans une tumeur ombilicale de l'adulte et :

« Leur présence ne semble se rattacher embryogéniquement à « aucun des organes qui traversent l'ombilic pendant la période « fœtale. En effet, le canal vitellin ainsi que le canal de l'ouraque « ne sont tapissés à aucun stade de leur évolution par des épithé- « liums ciliés. De toutes les parties du tube digestif embryon- « naire, l'œsophage seul possède un épithélium à cils vibratiles, « et les organes génitaux profonds (conduits de Müller) sont « trop éloignés de la région ombilicale pour qu'on puisse les « mettre en cause. »

Le docteur R.-H. Fitz (de Boston) (1), dans un article sur la persistance à l'ombilic, de restes du canal omphalo-mésentérique, écrit qu'une abondante formation de tissu d'apparence glandulaire peut se développer aux dépens des restes du conduit vitellin chez l'adulte, et constituer une tumeur ressemblant à un adénome intestinal.

Un autre auteur, Otto Küstner (2), a décrit aussi des tumeurs développées à l'ombilic aux dépens du canal vitellin.

(1) R. H. Fitz. — *American journ. of. Med. Sc.*, July 1884.

(2) Otto Küstner.. — *Wirchow's archiv.*, 1877, Bd XIX, S 286.

*
* *

Il y a dans ce qui précède de quoi éclairer la pathogénie du cancer primitif de l'ombilic. Sans doute, la peau de la région, sans autre raison spéciale, au même titre que toute surface cutanée, peut subir la dégénérescence cancéreuse, mais le frottement indéfiniment répété du vêtement ne représente-t-il pas un traumatisme localisateur ? De plus chez les gens peu soucieux de leur hygiène, le sillon ombilical, on le voit lors de la toilette antiseptique avant la laparotomie, donne asile à des amas de poussières incorporées aux sécrétions sudorale et sébacée, et qui sont d'évidentes causes d'irritation locale.

D'autre part, tous les auteurs admettent l'aptitude des tissus cicatriciels à la dégénérescence cancéreuse. Après Hawkins, Durand (1) en a réuni 90 cas. S'il est vrai que cette dégénérescence atteint de préférence les cicatrices anciennes ou de formation lente, il faut s'attendre à la voir atteindre l'ombilic. En fait, sur les 90 cas de Durand, 40 fois le cancer est survenu sur des cicatrices de brûlures, 11 fois sur celles de plaies contuses ; 12 fois il s'agit de la cicatrice ombilicale.

Ces raisons pathogéniques conviennent à la plupart des cancers primitifs de l'ombilic, à ceux dont le type histologique est dérivé de celui des téguments de la région (épithéliomes pavimenteux). Les anomalies de

(1) Durand. — *Thèse.* 1888.

la région ombilicale peuvent expliquer les cas plus rares d'épithéliomes cylindriques.

On admet sans conteste depuis les travaux de Kolaczek (1) que les adénomes de l'ombilic sont dus à l'étranglement d'un diverticule intestinal dans la ligature jetée sur le cordon.

« Si une ligature intempestive est portée sur le cordon, il « en résultera un pincement partiel ou total de l'intestin à ce « niveau et la formation d'une fistule ombilicale... Qu'au lieu « de la paroi même de l'anse intestinale, ce soit simplement « un diverticule qui ait été compris dans la ligature, on n'ob- « servera aucun accident immédiat, attendu que la continuité « du calibre de l'intestin sera conservée, mais il se fera après la « chute du cordon, une petite tumeur constituée par ce diver- « ticule. C'est précisément cette tumeur qui a été désignée sous « le nom d'adénome (2). »

La même théorie peut être invoquée en faveur de quelques épithéliomes de l'ombilic séparés des adénomes par leur constitution histologique et par leur date d'apparition.

« Le diverticule au lieu d'être sectionné à son point d'atta- « che à l'intestin et par conséquent d'être compris entièrement « dans la cicatrice ombilicale, pourra être sectionné plus ou « moins près de son extrémité libre ; il sera alors complète- « ment enclavé dans l'ombilic et ne se traduira nullement à « l'extérieur une fois que la cicatrisation devenue complète, se « sera faite à sa surface et l'aura recouvert. »

(1) Kolaczek. — Notes critiques sur les adénomes de l'ombil. chez les enfants. (*Arch. für pathol. anat. med. phys.*, t. LXIX, p. 587, 1877.

(2) Tillaux. — *Annales de Gynécologie*, 1888.

Cette ectopie intra-ombilicale pourra rester ignorée toute la vie. Elle constitue cependant, selon les idées de Conheim, un lieu de moindre résistance, peut-être un terrain de choix pour la dégénérescence cancéreuse.

Telle est l'opinion de M. le Professeur Tillaux. Il nous paraît utile de rappeler ici les faits suivants. Dans la quatrième observation de cancer secondaire publiée par Morris, on constata microscopiquement la « persistance de restes du canal omphalo-mésentérique ». Dans la 2me observation du même auteur, la même constatation avait été faite. La dégénérescence de ces restes avait produit un adéno-carcinome.

Ces observations, trop peu explicites pour être utilement discutées, donnent une sérieuse confirmation anatomique à l'ingénieuse hypothèse de M. le Professeur Tillaux.

Que la présence d'un adénome ombilical soit ignorée jusqu'à sa transformation maligne, il n'y a rien là de surprenant si l'on tient compte de son très petit volume à l'ordinaire. D'ailleurs, les adénomes diverticulaires n'apparaissent que peu à peu et ne sont guère observés chez l'enfant que vers le troisième mois, comme le dit Küster, c'est-à-dire à un moment où l'attention n'est plus appelée vers l'ombilic, sa cicatrisation étant terminée. Et les soins hygiéniques ne sont pas si strictement observés dans les divers milieux sociaux, qu'ils doivent constamment révéler chez l'adulte la présence d'une anomalie minime n'entraînant pas de troubles fonctionnels.

*
* *

Toute la pathogénie du cancer primitif de l'ombilic tient donc dans les deux formules que M. Quénu, dans son étude générale sur les tumeurs (1), substitue à celle trop étroite et très discutable de Conheim :

« I. Tout changement apporté soit à la situation, soit à la « structure normale d'un organe ou d'une portion d'organe, y « crée une prédisposition au néoplasme. »

« II. Toute irritation prolongée d'un revêtement épithélial « favorise la tendance de celui-ci à devenir le point de départ « d'un épithéliome. »

(1) Quénu. — *Traité de Chirurgie*, 2e édition, t. I, p. 387.

Diagnostic

Il n'est guère malaisé, habituellement, de poser le diagnostic positif de cancer de l'ombilic. La vraie difficulté est d'en spécifier la nature primitive ou secondaire. Avant d'aborder cette question essentielle, nous exposerons les erreurs dont il faut se garder à l'examen du malade.

*
* *

Certaines omphalocèles ont pu en imposer pour un cancer. Un cas de Bérard (que son imprécision nous a fait abandonner), lui avait été adressé avec le diagnostic de hernie ombilicale. L'erreur était d'importance. Il suffira d'être averti pour ne la point commettre. Tout au plus pourrait-on hésiter devant certaines épiplocèles adhérentes, irréductibles. Encore le cancer diffère-t-il en ce qu'il consiste en une tumeur sous-cutanée, sur laquelle la peau présente la même immobilité que dans certains carcinomes du sein. Nous savons d'ailleurs que

la peau, normale sur la hernie, change de coloration et s'altère souvent sur l'épithéliome.

Il faut cependant s'attendre à trouver quelquefois simultanément et le cancer et la hernie, celle-ci appelant la localisation maligne. L'interrogatoire, soigneusement fait, — il s'agit alors de hernies anciennes, — révélera deux séries successives de symptômes arrivées depuis peu à se confondre.

Rappelons, par acquit de conscience, qu'il ne faut pas se laisser tromper par l'existence — excessivement rare — d'une hernie de la veine ombilicale (Villar) ; par le déplissement de la cicatrice sur une ascite abondante ; par une plaque muqueuse hypertrophique ou une syphilide tertiaire anormale (Dolbeau), par les kystes dermoïdes ou sébacés dont l'ombilic peut être le siège.

Le sarcome de l'ombilic, si rare, que son existence a été mise en doute, ne peut être qu'un diagnostic d'exception. D'ailleurs, en raison de la physionomie clinique si variable du cancer ombilical, il faut se souvenir qu'il est, de toutes les tumeurs de la région, chez l'adulte, de beaucoup la plus fréquente, et songer à lui dans *tous* les cas douteux. Un praticien n'a-t-il pas cru d'abord à un eczéma de l'ombilic, dans l'une des observations de M. Tillaux ? Dans les relations de M. Auger, de MM. Hue et Jacquin, n'a-t-on pas incisé ou ponctionné un cancer de l'ombilic à titre de phlegmon ou d'abcès de la région ?

Il nous est évidemment impossible de poser ici les jalons du diagnostic différentiel en pareils cas. C'est

affaire au clinicien d'interpréter les symptômes qu'il observe. Pour averti qu'il soit, d'ailleurs, il n'évitera pas toujours l'erreur.

La difficulté n'est guère moindre, de déterminer avec exactitude les connexions de la néoplasie ombilicale. Blum avait fait la remarque suivante : quand la tumeur est nettement pédiculée, elle est le plus ordinairement extra-péritonéale, tandis que lorsqu'elle a la forme d'un champignon placé vers la partie supérieure de la cicatrice, il y a de grandes chances pour qu'elle occupe le trajet ombilical et présente des connexions intimes avec le péritoine. Ce signe, quelle qu'en soit la valeur, ne renseigne pas sur l'existence d'adhérences plus profondes. Les signes objectifs que Nélaton synthétisait dans son expression : « forme en bouton de chemise » ne peuvent être négligés. Mais il faut les savoir discuter. La laparotomie exploratrice a montré en effet plusieurs fois l'indépendance de tumeurs diagnostiquées adhérentes et, au contraire, l'adhérence de noyaux jugés indépendants. D'autre part, la présence d'un épanchement ascitique peut empêcher de constater l'existence de ces signes. Enfin, une épiplocèle dégénérée pourrait induire en erreur. Aussi la laparotomie exploratrice — autorisée par l'antisepsie — constitue-t-elle le meilleur moyen de contrôler l'existence ou l'absence de connexions profondes.

La tumeur ombilicale reconnue cancéreuse est-elle primitive ou secondaire ? C'est là, en réalité, le point important du diagnostic. La question ne se pose même pas quand un cancer viscéral a déjà forcé l'attention.

L'intérêt du problème est tout autre quand la tumeur ombilicale seule est connue, l'état du malade ne faisant pas préjuger une lésion plus profonde.

Les signes physiques permettent-ils le diagnostic ? A eux seuls ils sont insuffisants. Quand MM. Quénu et Longuet ont rangé parmi les cancers secondaires les deux cas de cancer primitif de M. Tillaux, ils ne se sont pas arrêtés à discuter les signes physiques. D'ailleurs ils concluent ainsi leur symptomatologie du cancer secondaire : « Il n'y a dans cette description aucun « signe qui appartienne en propre au cancer secon- « daire. » Les troubles fonctionnels ne sont pas plus caractéristiques, et, dans les cas douteux, il est inadmissible d'attendre que l'état général soit atteint pour poser un diagnostic ferme.

De l'avis de MM. Quénu et Longuet, l'examen histologique d'une portion de la tumeur suffirait pour trancher formellement la question. L'observation qu'ils publient dans leur mémoire est accompagnée de ce commentaire :

« *Cette tumeur, par son type histologique (épith.* « *cylindrique) ne peut être considérée comme une tu-* « *meur primitive, seuls les épithéliomes de l'ombilic du* « *type pavimenteux appartenant aux cancers primi-* « *tifs.* » Dès 1888, M. Attimont avait émis la même opinion sous une forme moins affirmative :

« Parmi les épithéliomes primitifs, l'épithéliome pavimenteux « a seul été observé à ce niveau. Un épithéliome cylindrique « devrait donc faire penser à un cancer secondaire. »

En fait, dans tous les cas secondaires où l'examen histologique a été pratiqué, il s'agissait d'épithélioma cylindrique (cas de Guéneau de Mussy, Von Bergmann, Heurtaux et Neveu (n° 2), Quénu et Longuet, Legueu, Aslanian, Bezançon). Il est regrettable que l'immense majorité des observations manque d'examen microscopique. D'autre part, parmi les cancers primitifs, un certain nombre de faits dûment étudiés concerne des épithéliomes pavimenteux (Cas de Potherat, Déjerine et Sollier, Desprès (c. tubulé). L'observation de Gross (de Nancy) est étiquetée « épithéliome » sans indication de sa variété histologique. Enfin le cas de Hue et Jacquin concerne un cancer *colloïde* qui ne peut être qualifié de pavimenteux, car, écrit M. Quénu dans le *Traité de chirurgie* :

« La plupart des tumeurs décrites sous le nom de cancers « colloïdes ne sont autre chose que des épithéliomes cylin- « driques (1). »

Il n'est pas dans notre intention de nous inscrire en faux contre l'opinion de MM. Quénu et Longuet. Elle a pour elle des faits bien examinés. Il reste vrai, toutefois, que le très grand nombre des cas insuffisamment étudiés laisse place au doute.

D'autre part, on a vu que nous ramenons parmi les cancers primitifs les deux faits de M. Tillaux, rangés par MM. Quénu et Longuet dans la variété secondaire. Sur quelles raisons s'appuyaient-ils, en effet, pour opérer cette mutation ?

(1) Quénu. — *Traité de chirurgie*, t. I, p. 369.

Pour le premier fait, auquel manque la confirmation nécropsique pour l'excellente raison que la malade sortit guérie du service où elle fut opérée, voici les arguments de MM. Quénu et Longuet (1).

« Certes, on a pu constater pendant l'opération que l'épi-
« ploon était sain, qu'il n'y avait pas d'adhérences, mais ce n'est
« pas une raison pour qu'il n'y eût point quelque noyau primitif
« gastrique ou intestinal. En fait de cancer latent, il ne faut
« s'étonner de rien, pas même de voir les malades conserver
« quelque appétit avec un néoplasme du tube digestif. A défaut
« d'autopsie, il est cependant probable que si la malade avait
« été suivie, on aurait bientôt découvert quelqu'autre symptôme,
« trahissant un foyer primitif le long de l'intestin. Telle est
« la fréquence des cancers de l'estomac et de l'intestin et de
« leurs noyaux à distance....., telle est d'autre part la rareté
« des adénomes de l'ombilic..... que nous n'hésitons pas à
« regarder le fait de Tillaux comme rentrant dans le cadre vul-
« gaire des épithéliomes ombilicaux secondaires, ayant comme
« point de départ la muqueuse digestive. Tous les cas de ce
« genre où les malades ont été suivis, parlent dans le même
« sens, et toujours un épithéliome cylindrique de l'ombilic,
« lorsque le contrôle a été fait, a coïncidé avec un même foyer
« sur l'estomac ou l'intestin. »

Ce raisonnement par analogie n'est peut-être pas suffisant. Que le fait soit écarté de la discussion et laissé à part, rien de mieux. Mais n'est-il pas exagéré de le ranger dans la variété secondaire parce que la preuve n'est pas formelle qu'il appartienne à la variété primitive ?

Le deuxième fait de M. Tillaux de même, aurait dû

(1) Quénu et Longuet. — *Revue de Chirurgie*, 1896, p. 109.

rester hors du débat. Le malade, en effet, mourut au cinquième jour, d'une cause indéterminée.

L'autopsie qui ne fut pas complète ne révéla rien. « L'estomac et l'intestin paraissent sains », est-il dit cependant à la fin de l'observation.

Avertis que nous sommes de la possibilité du « cancer latent » dont la rareté est incontestable, il nous semble pourtant qu'il y a quelque violence à jeter ce fait dans le cadre des cancers secondaires.

Nous aurions même laissé hors du débat ces deux observations si elles ne nous avaient paru devoir être rapprochées de celle que nous a fournie M. le Dr Meslay, chef de laboratoire à l'hôpital St-Joseph, et qui a été recueillie dans le service de M. le Dr Le Bec, chirurgien du même hôpital. Dans ce cas, que nous publions, le désideratum de MM. Quénu et Longuet est comblé : à défaut d'autopsie, la malade a été suivie, sans qu'on ait découvert « quelque symptôme trahissant un foyer primitif le long de l'intestin ».

Voici cette observation :

Observation (inédite).

M... Eulalie, couturière, âgée de 37 ans, entrée à l'hôpital Saint-Joseph le 13 octobre 1896.

Père mort de fluxion de poitrine, mère morte d'un cancer.

Fièvres intermittentes à l'âge de 8 ans. Réglée à 12 ans et toujours régulièrement jusqu'à son mariage qui eut lieu à 17 ans. Première couche à 18 ans ; depuis elle souffre dans les reins et perd en blanc dans l'intervalle des règles. Deuxième couche à 20 ans.

Les pertes continuent. Bronchite aiguë à 24 ans. Toux chaque hiver depuis cette époque.

Il y a 10 ans, en faisant un effort, la malade aurait ressenti une douleur d'intensité moyenne à l'ombilic. Peu après, elle a remarqué que la cicatrice ombilicale était le siège d'une tumeur petite, du volume de l'index, arrondie, et de consistance dure. Les mouvements d'élévation des bras éveillaient un peu de sensibilité à l'ombilic. La région était de même légèrement douloureuse à l'époque des règles. La malade assure que la tumeur était irréductible et ne présentait pas de phénomènes d'expansion passagère.

La tumeur a peu à peu augmenté de volume, sans qu'il s'en suive d'abord aucune gène.

Depuis quatre mois, au dire de la malade, la tumeur est devenue quelque peu plus douloureuse, et la peau qui la recouvre s'est marbrée de taches violettes. Les dimensions se sont accrues parallèlement depuis la même époque et la malade a dû, en raison de la gêne qu'elle subissait, supprimer le port du corset.

On note un peu d'amaigrissement, de la pâleur, une toux répétée. Faiblesses fréquentes.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, la cicatrice ombilicale a la forme d'un croissant à concavité inférieure et orientée un peu vers la droite. Cette concavité embrasse une saillie de la paroi arrondie et lisse.

La palpation révèle que cette saillie est constituée par une tumeur solide, de consistance dure, de la grosseur d'une mandarine environ. Cette tumeur semble sous-cutanée. Elle paraît, d'autre part, se prolonger dans la profondeur de la paroi abdominale. La peau n'est pas mobile sur la tumeur, en raison de son adhérence à la cicatrice ombilicale. La tumeur, elle-même, n'est pas mobile dans l'épaisseur de la paroi, mais se déplace avec elle en masse. Au cours des inspirations forcées, elle suit le mouvement de la paroi. La contraction des muscles droits restreint considérablement la mobilité du néoplasme.

Si l'on en croit la malade, la tumeur deviendrait douloureuse au moment des règles. Il se produirait en même temps un peu de congestion locale révélée par une certaine rougeur de la peau à sa surface.

L'examen du cœur montre l'existence d'un rétrécissement mitral.

Opération : Incision médiane de 5 centimètres de long. La peau, très épaissie, est adhérente au niveau de l'ombilic. Dissection de la tumeur qui, grosse comme une mandarine, occupe l'épaisseur de la paroi et adhère au péritoine dont on résèque une petite portion. Suture et drainage de la plaie.

Suites opératoires simples. Rien à signaler.

La malade a été revue en 1900, en bonne santé.

Nous devons à l'amabilité de M. le docteur Meslay, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Joseph, de pouvoir donner ici l'examen histologique de la tumeur enlevée. Voici la note qu'il a bien voulu nous remettre :

La pièce a été fixée par les alcools au 1/3 et à 90°. Les morceaux destinés à l'examen ont été pris dans des points très différents de la tumeur et après inclusion au collodion, ont été coupés, au microtome de Yung. Les coupes ont été colorées à l'hématoxyline-éosine, au picrocarmin de Orth, au carmin de Grenacher, et montées au baume. Les examens ont été faits avec le microscope de Dumaige, oculaire 2 et objectif 4 (170 grossissements) puis avec l'objectif 6 (385 grossissements).

Première coupe. — Hématoxyline-éosine. — Presque toute l'étendue de la préparation est occupée par un tissu fibreux fasciculé à faisceaux parallèles, onduleux, parfois entrecroisés, avec, dans les intervalles, des cellules allongées de tissu conjonctif. Quelques vaisseaux se voient au milieu de ce tissu ; les uns, adultes, avec une paroi musculaire assez épaisse, les autres, simples capillaires réduits à leur seule membrane endothéliale. Au milieu de ce tissu de soutènement se voient

des îlots inflammatoires assez nombreux, groupés parfois autour de vaisseaux jeunes. Quelques-uns de ces îlots sont uniquement constitués par des cellules rondes, auxquelles s'entremêlent des cellules conjonctives allongées, montrant une inflammation des divers éléments de ce tissu conjonctif ; les capillaires sont assez nombreux au milieu de ces amas. A côté de ces îlots simplement inflammatoires, on en voit d'autres beaucoup plus nombreux dont le centre est occupé par une cavité de forme et de volume très variables. Quelques-unes, en effet, sont visibles à l'œil nu, formant des lumières larges de un demi à un millimètre ; mais la plupart ne sont visibles qu'au microscope. Les plus petites sont assez régulièrement rondes ou ovoïdes ; pour les plus larges les bords se montrent plus ou moins déchiquetés, avec des anfractuosités assez profondes et des prolongements assez épais, mais sans fines dentelures. La paroi de toutes ces lumières est toujours tapissée par une rangée de cellules épithéliales cylindriques avec un noyau volumineux occupant une grande partie de la hauteur de la cellule et ne laissant autour de lui qu'un corps protoplasmique peu étendu. Ces cellules cylindriques hautes, rappellent absolument les cellules du revêtement intestinal. La lumière des cavités kystiques est occupée par un amas de cellules desquamées, les unes plus ou moins polyédriques, les autres rondes à contenu granuleux quelquefois pigmenté.

Ces cellules se trouvent là au sein d'un magma qui prend une teinte uniformément rose par l'éosine ; quelques globules rouges et blancs se voient aussi dans certaines de ces cavités. Lorsque la lumière est bien régulière et presque vide, le revêtement épithélial est toujours net, très élevé et très régulièrement cylindrique ; si au contraire cette lumière est occupée par des masses denses, l'épithélium tend à s'aplatir jusqu'à devenir cubique. En dehors de toutes ces cavités, le tissu conjonctif tend toujours à la prolifération inflammatoire ; on voit en effet, autour de la membrane épithéliale, des placards plus ou moins étendus de noyaux, les uns ronds, les autres allongés, comme on l'a vu plus haut.

Une deuxième série de coupes, faites à la périphérie de la tumeur et colorées au carmin de Grenacher et au picro-carmin de Orth, montre une structure absolument analogue.

La troisième série, prélevée au centre même de la tumeur, montre une prolifération épithéliale encore plus nette ; la périphérie de la coupe est occupée par du tissu fibreux enflammé. Tout le reste est constitué par un placard coloré en violet et montrant un grand nombre de petites lumières vides. Quand on examine ces cavités au microscope avec un grossissement moyen et fort, on voit qu'elles sont bordées par une rangée de belles cellules cylindriques hautes avec un noyau parallèle au grand axe du corps cellulaire et bien coloré par l'hématoxyline ; immédiatement en dehors, les cellules conjonctives à noyau rond ou allongé sont très multipliées, formant une zone de réaction très accentuée autour de ces boyaux épithéliaux très rapprochés les uns des autres. En somme, cette coupe est semblable aux précédentes, mais, en son centre, la prolifération épithéliale néoplasique est plus compacte et plus végétante.

La quatrième série de préparations passe par toute la longueur de la pièce ; elle n'offre rien de particulier. C'est toujours le même mélange de boyaux épithéliaux avec réaction cellulaire périphérique et de tissu fibreux de soutènement avec quelques points inflammatoires épars.

Les deux extrémités de la coupe montrent un épaississement du tissu fibreux formant une sorte de capsule d'ailleurs peu nettement limitée.

A côté de cet examen, qu'on nous permette de rapporter le résumé de la note de M. Ducellier (1) concernant le deuxième cas de M. le Professeur Tillaux.

(1) Cf. *Th.* de Bonvoisin, 1890-91.

« En somme, il s'agit d'une tumeur : I. Développée dans la « cicatrice ombilicale ;

« II. Recouverte par la peau ayant subi des altérations par- « ticulières ;

« III. Constituée par : 1° un stroma fibreux avec réseau élas- « tique très développé ; 2° des tubes pseudo-glandulaires for- « més par un épithélium cylindrique ressemblant à l'épithélium « adulte ou embryonnaire des glandes de Lieberkühn ; 3° Des « cellules épithéliales infiltrées dans les mailles du stroma, les « unes affectant la forme cylindrique, les autres ayant subi des « altérations de forme notables et surtout la dégénérescence « muqueuse.

« IV. Ayant tendance à envahir les tissus voisins.

« Ces caractères positifs font de cette tumeur un épithéliome « à cellules cylindriques. »

Il s'agit dans les deux cas, d'épithéliomes du type cylindrique.

La malade de M. le Professeur Tillaux sortie guérie de son service n'a pas été suivie.

L'opérée dont nous avons rapporté l'histoire, a quitté elle aussi l'hôpital en excellent état. Aucun trouble n'est venu par la suite faire soupçonner un néoplasme viscéral, cause possible de la localisation ombilicale. Enfin, opérée en 1896, cette malade a été revue en 1900, bien portante.

Ces constatations revêtent une certaine valeur si on les rapproche de certaines remarques de MM. Quénu et Longuet. Ces auteurs, en effet, — étudiant la valeur séméiologique du cancer secondaire de l'ombilic — répètent à plusieurs reprises qu'il comporte un *pronostic fatal à bref délai.*

« Les noyaux ombilicaux secondaires, témoins extérieurs « d'un foyer primitif déjà très avancé dans son évolution, sont « toujours l'indice d'une mort très rapprochée.» (P. 101.) (1).

Ailleurs, après avoir rappelé que le néoplasme ombilical peut apparaître tantôt à la période terminale, tantôt à l'extrême début d'un cancer viscéral, et qu'il peut révéler la nature maligne d'une tumeur dont l'existence seule est connue, nos auteurs ajoutent ce qui suit :

« Un lien commun réunit les trois catégories de cas que « nous venons d'envisager. Toutes trois, il faut bien le savoir, « comportent un *pronostic fatal à bref délai.* Tous les auteurs, « Damaschino, Villar, Morris ont été frappés de ce fait qu'une « tumeur secondaire de l'ombilic est un indice d'une mort très « prochaine. Pour Villar, le cancer secondaire de l'ombilic « mérite d'être rapproché par la gravité de son pronostic de la « phlegmatia des cancéreux. Presque tous les malades ont « succombé du troisième au cinquième mois après l'appa- « rition du néoplasme.»

Aucun cancer secondaire de l'ombilic, diagnostiqué, n'a permis une survie comparable à celle de notre malade. Sans doute, il n'y a pas là la preuve formelle d'un cancer primitif, comme le serait une autopsie minutieuse. Il ne nous semble pourtant pas possible de regarder comme secondaire un cas dont l'allure clinique est ainsi dépouillée des caractéristiques de cette variété.

Nous n'avons pu arriver à revoir ces derniers temps la femme dont l'histoire nous occupe. Nous le regrettons

(1) Quénu et Longuet. — *Revue de Chirurgie,* 1896. Passim.

beaucoup. Toutefois, en admettant l'occurrence la plus défavorable, en supposant que depuis sa dernière rencontre, elle ait été emportée par un néoplasme viscéral, quelles conclusions s'ensuivraient ? La tumeur ombilicale opérée en 1896 devrait-elle obligatoirement être regardée comme secondaire au cancer viscéral qu'elle aurait précédé de si longtemps ?

« En fait de cancer latent, il ne faut s'étonner de rien ! » Pourtant, on concédera que l'évolution de ce cancer latent peut paraître un peu prolongée, surtout si l'on se souvient que :

« Les noyaux ombilicaux secondaires, témoins extérieurs « d'un foyer primitif déjà très avancé dans son évolution, sont « toujours l'indice d'une mort très rapprochée. »

Les affirmations répétées de MM. Quénu et Longuet concernant le pronostic fatal à bref délai du cancer secondaire de l'ombilic seraient moins en opposition avec l'hypothèse d'une récidive viscérale de la tumeur développée à l'ombilic.

Enfin, n'admet-on pas que sur un même malade peuvent coexister, et, à plus forte raison se succèder, deux néoplasies primitives indépendantes ? Et si de tels faits sont admis, le cancer viscéral supposé de notre malade et son noyau ombilical d'autrefois, ne pourraient-ils être interprétés tous les deux comme primitifs ?

*
* *

De tout cela, sans doute, il ne résulte aucunement

la preuve formelle, positive, que notre cas soit effectivement primitif. Son allure, son évolution, pourtant, sont telles, qu'il ne saurait être rangé cliniquement, *pratiquement* parmi les cancers secondaires. L'abstention opératoire, qui eût été de mise avec le diagnostic de cancer secondaire, eût été regrettable.

Evidemment, en très grande majorité, les cancers cylindriques sont secondaires, noyaux aberrants, greffes lointaines d'un néoplasme profond développé aux dépens d'un tissu comprenant des cellules cylindriques, tissu qui n'existe pas normalement à l'ombilic. Les cancers primitifs sont le plus souvent du type pavimenteux, et représentent la dégénérescence maligne de la peau de la région ombilicale. Les faits prouvant toutefois qu'une parcelle de tissu cylindrique peut se trouver incluse dans la cicatrice de l'ombilic, il faut bien en conclure — comme l'a fait M. le Professeur Tillaux — à la possibilité du cancer primitif cylindrique de cette région. Conclure d'autre façon équivaudrait à soutenir — en dépit de tout ce que l'on sait sur les tumeurs — que cette ectopie ombilicale de tissu à cellules cylindriques ne peut subir primitivement la dégénérescence cancéreuse. Et personne ne soutiendra ce paradoxe.

Quelles déductions pratiques ressortent de tout ce qui précède ? L'opinion de MM. Quénu et Longuet, sous quelques réserves, permettra d'asseoir le diagnostic : le plus souvent, quand l'examen histologique révélera un épithéliome cylindrique, il faudra tenir la tumeur ombilicale pour secondaire, et alors, les moindres signes

fonctionnels du côté du tube digestif revêtiront une singulière importance. En l'absence de ces derniers signes, la possibilité du cancer latent ne devra pas quitter l'esprit. Dans des cas très rares seulement, on pourra admettre l'hypothèse d'un néoplasme cylindrique primitif et en tirer des indications thérapeutiques spéciales.

*
* *

Le diagnostic porte en lui-même le pronostic. S'agit-il d'une tumeur secondaire ? L'évolution fatale à *bref délai* est la règle. On peut au contraire pronostiquer, en cas de cancer primitif, sinon la guérison, du moins une survie prolongée moyennant une intervention rationnelle.

Traitement.

Le traitement du cancer de l'ombilic ne peut être que chirurgical. Jusqu'à plus ample informé, en effet, les cas inopérables seuls pourront être abandonnés aux nombreuses méthodes dites médicales qui visent les néoplasies malignes.

En revanche, les indications de l'exérèse méritent d'être discutées.

Pour ce qui est du cancer pavimenteux, primitif, l'hésitation ne peut être longue. Le diagnostic posé, il faut intervenir immédiatement, et l'omphalectomie largement pratiquée est l'opération la plus rationnelle et la plus simple. On circonscrira l'ombilic et la tumeur par deux incisions courbes portant en plein tissu sain, et on enlèvera le tout avec les précautions antiseptiques habituelles. Dans ces conditions, si elle est nécessaire, l'ablation d'un lambeau péritonéal, suivie d'une suture soigneuse, ne comportera que des risques minimes.

Au contraire, toute intervention de ce genre est formellement contre-indiquée dans le cas de cancer secondaire clairement diagnostiqué. En pareil cas, en effet,

l'opération équivaudrait à un curage de l'aisselle sans amputation de la mamelle chez une femme atteinte de cancer du sein.

Seules des douleurs intolérables ou des hémorrhagies dangereuses peuvent autoriser une excision d'ailleurs purement palliative.

Il est impossible en effet d'ériger en règle la conduite de Fischer (de Breslau), qui, intervenant sur un noyau ombilical secondaire à un épithéliome gastrique, réséqua audacieusement partie de l'estomac et du colon cancéreux. L'envahissement de l'ombilic suppose des dégâts si étendus et une dégénérescence ganglionnaire telle, que de pareilles opérations, singulièrement graves en elles mêmes, risquent fort de ne pouvoir être exécutées de façon satisfaisante.

L'ignorance où nous sommes des voies de propagation ombilicale des cancers de l'intestin ne permet pas de savoir si ces cas seraient moins défavorables à une telle tentative.

Dans bien des cas, d'ailleurs, la variété, primitive ou secondaire, du néoplasme ombilical restera en suspens, soit qu'il s'agisse d'une manifestation ombilicale d'un cancer latent, soit que le prélèvement d'une parcelle pour l'examen histologique ait été impossible, la tumeur se diffusant en une plaque profonde laissant la peau intacte.

Que faire alors ? Faut-il, suivant le conseil de Burckhart, ne jamais s'abstenir ? Verchère, dans le doute, fit une laparotomie exploratrice qui lui révéla une carcinose

péritonéale généralisée. Fischer (1) fit suivre l'omphalectomie d'une résection gastro-colique du foyer primitif; Delens, Heurtaux, Von Bergmann (deux cas), Hutchinson, Quénu et Longuet, Legueu, Aslanian (omphalectomie suivie de récidive) rapportent huit cas d'omphalectomie qui, concernant des cancers secondaires, représentent des opérations inutiles puisqu'elles laissaient intact le foyer primitif.

Aussi faut-il opérer quelques distinctions. Si en même temps que l'on diagnostique un cancer de l'ombilic, on note du côté de l'appareil digestif, des troubles fonctionnels, si peu accusés qu'ils soient, la tumeur a des chances d'être secondaire. La laparotomie exploratrice permettra de se renseigner exactement, et au besoin, d'imiter la conduite de Fischer dans quelques bien rares cas.

Dans les circonstances où l'absence de troubles fonctionnels aussi bien que de signes physiques rendraient plausible l'hypothèse d'un « cancer latent », il nous semble tout indiqué encore d'ouvrir l'abdomen et de rechercher soigneusement du côté de l'estomac, de l'intestin, du péritoine s'il existe quelque noyau suspect.

Et si l'examen histologique pratiqué a révélé que le noyau épithélial de l'ombilic appartient au type cylindrique — obligatoirement secondaire selon l'opinion de MM. Quénu et Longuet — faut-il donc s'abstenir, en l'absence de tout autre symptôme ?

L'observation que nous avons rapportée plus haut,

(1) Fischer de Breslau. — *Semaine Médicale*, 1888.

nous autorise à penser autrement. On peut, si l'on veut, n'en pas conclure formellement que l'épithéliome cylindrique peut être quelquefois primitif ; il serait néfaste de s'appuyer sur le seul examen histologique pour refuser l'intervention. Dans notre cas, on se serait créé d'amers regrets en n'opérant pas.

La laparotomie exploratrice que l'antisepsie fait d'une si réelle bénignité constitue assurément un excellent moyen de diagnostic en même temps qu'elle peut être le premier temps d'une opération radicale ou d'une intervention capable d'obvier aux troubles mécaniques accompagnant certains néoplasmes du tube digestif. On pourra en quelques circonstances soulager le malade et prolonger son existence par une gastro-entérostomie en cas de cancer du pylore, par une entéro-entérostomie ou une entéro-colostomie si le cancer siège sur l'intestin grêle ou sur le colon.

On pourra encore utiliser la laparotomie exploratrice pour une ovariotomie ou une hystérectomie abdominale, au cas où le néoplasme primitif serait utéro-annexiel et semblerait opérable.

Et si l'on tombe sur un néoplasme inopérable, si le foie est atteint, le péritoine envahi, la laparotomie restera exploratrice, sans qu'il s'ensuive ordinairement de fâcheuses conséquences.

CONCLUSIONS

1° Le cancer de l'ombilic — le plus fréquent des néoplasmes de cette région — est tantôt primitif, tantôt secondaire. Les observations de cancer secondaire sont de beaucoup les plus nombreuses.

2° Le cancer secondaire de l'ombilic n'a guère de symptôme exclusif autre que la possibilité — rarement réalisée — de s'accompagner de localisations ganglionnaires en quelque sorte tertiaires.

Le néoplasme dont il est la manifestation extérieure siège, par ordre de fréquence décroissante : sur l'estomac, sur l'intestin, sur le péritoine et l'épiploon, sur l'utérus et ses annexes.

L'envahissement de l'ombilic a lieu, tantôt par continuité, le néoplasme primitif intéressant un organe rétro-ombilical ou intra-ombilical, tantôt par pullulation d'un germe apporté par les voies sanguines ou lymphatiques.

Le noyau ombilical secondaire reproduit le type histologique du néoplasme primitif. En règle, il s'agit de cancer à cellules *cylindriques*.

Le cancer secondaire de l'ombilic comporte un pronostic fatal à bref délai.

3° Le cancer *primitif* de l'ombilic n'a pas de caractéristique clinique. En règle, il se développe aux dépens

de la peau de l'ombilic et appartient au type *pavimenteux*.

Il n'est pas indéniablement prouvé que le cancer primitif ne puisse jamais appartenir au type *cylindrique*. Si l'on admet la possibilité d'inclusions anormales, à l'ombilic, de parcelles de tissu à cellules cylindriques, le cancer primitif cylindrique est possible.

L'épithéliome cylindrique serait le résultat de la dégénérescence maligne d'un *adénome diverticulaire intestinal*.

4° Pratiquement, dans la majorité des cas, le cancer secondaire est cylindrique, le cancer primitif est pavimenteux. Il serait téméraire de conclure toujours à une relation obligatoire entre le type histologique et la variété clinique.

5° En cas de cancer secondaire, il est très rarement indiqué de tenter une intervention radicale. Il peut y avoir utilité à pratiquer certaines opérations palliatives.

Le cancer primitif diagnostiqué comporte une indication opératoire nette : ablation du néoplasme en taillant dans les tissus sains (omphalectomie).

Il serait imprudent de s'abstenir pour la seule raison qu'il s'agirait de cancer cylindrique.

Vu : Le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE (1)

ASLANIAN. — *Th.*, Paris, 1894-95.

ATTIMONT. — *Gaz. Méd. de Nantes*, 1888.

AUGER. — *Société anatomique*, 1875.

BABES et STOICESCO. — Sur le diagnostic du cancer des organes internes par l'examen microscopique des petites tumeurs métastatiques sous-cutanées. *Progrès Médical*, 1895.

BALLUF. — *Mediz. Correspond. Blatt des Wurtemberg. Aerzt Vereins (1854)*. Anal. in *Gaz. méd. de Paris*, 1855.

BELIN. — Adénopathies externes à distance dans le cancer viscéral, *Th.*, Paris, 1888.

BÉRARD. — Dictionnaire de Médecine en 30 volumes, t. XVII, 1827.

BERGEAT. — *Thèse*, Munich, 1883.

VON BERGMANN. — In *Burckhart, Dissert. inaug.* Berlin, 1889.

BESANÇON. — *Soc. Anat.*, 1891.

BLUM. — Tumeurs de l'ombilic chez l'adulte. *Arch. de Méd.* 1877.

BONVOISIN. *Th.*, Paris, 1890-91.

BOYER. — *Traité de Chirurgie*, 1825.

BROSSARD. — In *Th.*, Codet de Boisse, 1883.

BROUSSOLLE. — In *Th.*, Villar, Paris, 1886.

(1) Nous avons marqué d'un astérisque quelques travaux que nous n'avons pu consulter malgré nos recherches.

BURCKHART. — Dissert. inaug. de Berlin, 1889.
BRAULT. — In Cornil et Ranvier. *Manuel d'Histologie Pathol.*, t. I, p. 492 et suiv. (Paris, Alcan 1901).
CAZIN. — Etude sur les diverticules de l'intestin. *Th.*, Paris, 1862.
CANNUET. — *Soc. Anat.*, juillet 1892.
CATTEAU (d'Heilly et). — *Th.*, Paris, 1876.
CHUQUET. — *Th.*, Paris, 1879.
CIVADIER. — *Journ. de Méd. Chir. et pharm. de Bruxelles*, t. IV, 1756.
CODET de BOISSE. — *Th.*, Paris, 1883.
COOPER FORSTER. — *Guy's hospital Reports*, t. XIX, 1873-74.
CUNÉO. — De l'envahissement du système lymphatique dans le cancer de l'estomac. *Th.*, Paris, 1900 (Steinheil).
DAMASCHINO. — *Th.*, Villar, Paris, 1896.
DELENS. — *Th.*, Villar, 1896.
DÉJERINE et SOLLIER. — *Soc. anat.*, 1888.
DEMARQUAY. — *Société de chirurgie*, 1870.
DEMONS. — *Congrès de Bordeaux*, 1895.
DESPRÈS. — *Société de chirurgie*, 1883.
DOLBEAU. — In Blum. *Arch. gén. de méd.*, 1876.
DUPUYTREN. — *Th.*, Brun, Paris, 1834.
FABRICE de HILDEN. — Observationes chirurgicæ. Cent. V. Obs. LXII, 1646.
FEULARD. — *Arch. gén. de méd.*, 1877.
FORSTER (Cooper). — *Guy's Hospital Reports*, 1873-74.
FISCHER (de Breslau). — *Semaine médicale*, 1888.
GEROTA. — Zur technik der Lymphgefässinjection. *An. anz.*, 1896, t. XII, p. 216.
*GARRETSON. — Carcinomatous tumor at the umbilicus. *Tr. path. Soc. Philad.*, 1880.
De GENNES. — *Th.*, Villar, Paris, 1886.
GROSS (de Nancy). — *Revue méd. de l'Est*. Nancy, 1898.
GUÉNEAU de MUSSY. — *Cliniques*, t. II, p. 30.
HANOT. — In *thèse*, Piole, Paris, 1890.
HANNAY. — *Edimburg med. and Surg. journal*, 1843.

HEURTAUX. — *Th.*, Neveu, Paris, 1890.

HUE et JACQUIN. — *Union médicale*, 1867.

HUTCHINSON. — *Arch. of Surgery*, London, 1892.

D'HEILLY. — *Thèse*, Catteau, Paris, 1876.

JACOBY. — Zur Cazuistik der Nabelfisteln. *In Berlin. Klin. Woch.*, 1877.

KUSTER. — *Beitrag. zur Geburtschulfe und Gynæc*, 1875.

KING. — *Guy's Hosp. Rep.* 1834-44.

LAGE. — *Schmidt's Jahrbucher*, t. LV, p. 295. In *Th.*, Valette, Paris, 1898.

LARGEAU (Périer et). — *Soc. anat.*, 1884.

LEGG (Wickham). — *St-Bartholom. Hosp. Rep.*, 1880.

LIVEING. — *Lancet*, 1875 et *Verg. Smith. Jarbuch*, 1875.

LEGUEU. — *Thèse*, Valette, Paris, 1898.

LONGUET (QUÉNU et). — Du cancer secondaire de l'ombilic. *Revue de Chirurgie*, 1896.

LORAIN. — *Thèse*. Catteau, Paris, 1876.

MAC MUNN. — *Dublin Journ. of Med. Sc.*, 1876.

*MAYLARD. — Cylinder celled épith. of umbilicus. *Tr. Glasg. Path. et Clin. Soc.*, 1886-91, 1892.

MICHAUX. — *Thèse*, Villar, Paris, 1886.

MIRAILLÉ. — *Thèse*, Neveu, 1890.

MONOD. — *Soc. anatom.*, 1877.

MORRIS. — Congrès de Berlin, 1890, et *Annal. of Surgery*. Philadelphie, 1892.

NÉLATON. — *Gazette des hôpitaux*, 1860, p. 294.

NEVEU. — *Thèse*, Paris, 1890.

NEPVEU. — Généralisation des néopl. par les veines et les lymphatiques. *Gaz. Méd. de Paris*, 1885.

NICAISE. — *Dictionnaire Dechambre*, Art. Ombilic, t. LXVII.

NICAISE. — De la contusion et de l'inflammation comme causes de prédisposition locale au développement du cancer secondaire (*Revue de chirurgie*. 1885).

PATRY. — *Societé de Chirurgie* (1877).

*Parker. — Excision de l'ombilic pour affection maligne. *Arch. Clin. of Surg. New-York*, 1877.

Périer. — *Société Anat.*, 1884.

Piole. — *Thèse*, Paris, 1890.

Poncelet. — *Presse Médicale belge*, 1884.

Prestat. — *Soc. Anat.*, 1839.

Quénu et Longuet. — Du cancer secondaire de l'ombilic. *Revue de Chirurgie*, 1896.

Regaud et Barjon. — Anat. pathol. dans la sphère des néoplasmes malins. Paris, Masson et Cie, 1897.

Reboul. — *Société anat.*, 1887.

Renaut. — *Lyon Médical*, 1888.

Sollier (Déjerine et). — *Soc. Anat.*, 1888.

Stoicesco (Babes et). — *Progrès Méd.*, 1864.

Surmay. — *Thèse*, Neveu, Paris, 1890.

Tillaux. — *Annales de Gynécologie*, 1887. *Thèse*, Bonvoisin, Paris, 1890-91.

Tourneux. — Sur la présence de cellules épithéliales ciliées dans une tumeur de l'ombilic chez l'adulte. *Société de Biologie*, 1889.

Valette. — *Thèse*, Paris, 1898.

Vauthier. — *Revue de Chirurgie*, 1885.

Verchère. — Congrès de Bordeaux, 1895. *Revue des maladies cancéreuses*, 1895-96.

Villar. — *Thèse*, Paris, 1886. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1891. *Gaz. des Hôp.*, 1890.

Von Bergmann. — In : Burckhart. Dissert. inaug. Berlin, 1889.

*Wagner. — *Méd. Jahrb. d. k. k. osterr staates*. Wien, 1839.

*Wedenski. — Sluckaï raka pupka (cancer de l'ombilic). *Méd. obozr.* Mosk., 1885.

Wickam Legg. — *Saint-Barthol. Hosp. Rep.*, 1880.

Widerhofer. — Cité par Nicaise. *Dictionnaire Dechambre*, Art. Ombilic.

Wulchow (de Pirna). — Beitrag. zur Cazuistik der nebelneubildungen. *In Berlin. Klinischen Wochenschrift*, 1875.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-propos	5
Historique	8
Observations de cancer secondaire de l'ombilic	12
Etiologie et symptomatologie du cancer secondaire de l'ombilic	19
Pathogénie du cancer secondaire de l'ombilic	30
Observations de cancer primitif de l'ombilic	41
Etiologie et symptomatologie du cancer primitif de l'ombilic	46
Pathogénie du cancer primitif de l'ombilic	51
Diagnostic	60
Traitement	76
Conclusions	80
Index bibliographique	83

IMPRIMERIE F. DEVERDUN. BUZANÇAIS (INDRE).

BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN.